

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
de NANTES - ANGERS - Section ANGERS

ANNÉE 1968

N°

9

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Philippe ETCHARRY

né le 7 juin 1937 à Château-Gontier - 53

Présentée et soutenue publiquement le 17 MARS 1968

Les cancers mid-thoraciques de l'œsophage.

Indications thérapeutiques ; place de l'œsophagoplastie.

Président : M. J. NAULLEAU, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555419_0012

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
de NANTES - ANGERS -- Section ANGERS

ANNÉE 1968

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Philippe ETCHARRY

né le 7 juin 1937 à Château-Gontier - 53

Présentée et soutenue publiquement le

Les cancers mid-thoraciques de l'œsophage.

Indications thérapeutiques ; place de l'œsophagoplastie.

Président : **M. J. NAULLEAU**, Professeur

FAKULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE
DE MÉDECINE - ANNEE 1900

THÈSE

PAR

DOCTORAT EN MÉDECINE

DE M. D'AT

ET

PHILIPPE ETCHARRAY

DE M. D'AT A LIÈGE LE 10 JANVIER 1900



Président et membres du jury

Les docteurs et maîtres de l'enseignement

Indication thérapeutique, place de l'antagonisme

Président: M. J. HAUTMAN, Doyen

SOMMAIRE

I — INTRODUCTION.	1
II — HISTORIQUE.	3
III — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES	5
A - Traitement palliatif	5
B - Traitement à visée curatrice	8
C - Résumé Thérapeutique	17
IV — MODALITÉS TECHNIQUES DE L'ŒSOPHAGOPLASTIE	19
A - Les examens complémentaires	19
B - Le matériel utilisé	20
C - La voie utilisée.	21
D - Technique	22
E - Suites immédiates et résultats fonctionnels	24
V — CONCLUSION.	28

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Directeur Honoraire de l'Ecole Préparatoire : M. METZGER

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale : MM. DAVID, ROUSSEAU, SARAZIN, AMSLER.

Vice-Doyen : M. R. ROUCHY. — Assesseur : M. H. GERMAIN

I. — PROFESSEURS

a) Professeurs titulaires :

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologique
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUÉRIN	Biophysique Médicale
HÉRISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MÉNARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique

II. — MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

MM. AUGEREAU	Pharmacodynamie
BAILLY	Physique
Mme CAVELLAT	Anesthésiologie
MM. CARON	Electroradiologie
COULLAUD	Physiologie
DROZ	Histologie et Embryologie
GUNTZ	Anatomie
HOCQUET	Parasitologie
HY	Dermato-Vénéréologie
JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
PILLET	Anatomie
PILLOT	Bactériologie
Mlle PRELOT	Zoologie
MM. SIMARD	Anatomie Pathologique
TADEI	Thérapeutique
de VERNEJOUL	Physique Médicale

III. — AGRÉGÉS

MM. GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
PARSY	Oto-Rhino-Laryngologie
RENIER	Médecine Générale
TESTARD	Pédiatrie
THUAU	Pathologie Médicale

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PARSY	O.R.L.
PERTUS	Urologie
ROGNON	Chirurgie Générale

Secrétaire de la Faculté : M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université : Mme GALKOWSKI

Les cancers mid-thoraciques de l'œsophage

Indications thérapeutiques - Place de l'œsophagoplastie

A mes Parents

qu'ils reçoivent ici le témoignage de toute ma gratitude pour tout ce qu'ils se sont imposés afin que je mène à bien ces études

A ma femme

A ma fille

A mes beaux-parents

A toute ma famille

A Monsieur le Professeur Jacques NAULLEAU,

Professeur de la Clinique Chirurgicale A
Chirurgie des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé
dans son exécution.

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre
sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre PERREAU,

Professeur de la Clinique Médicale A,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui m'initia à la Médecine, m'en révéla les premiers rudiments avant de m'en apprendre la synthèse.

En témoignage de sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marcel GUNTZ,

Maître de conférence Agrégé d'Anatomie,
Chirurgien des Hôpitaux.

A Monsieur le Professeur JOUBAUD,

Maître de conférence Agrégé de Médecine générale
et expérimentale,
Médecin des Hôpitaux.

A mes Maîtres du C.H.U. d'Angers

INTRODUCTION

Le schéma thérapeutique à proposer à un malade porteur d'un cancer de l'œsophage dépend, parmi d'autres facteurs, de la localisation de la lésion. Habituellement, on distingue :

- les cancers du 1/3 inférieur ;
 - les cancers mid-thoraciques ;
 - les cancers sus-aortiques.
- Les cancers du tiers inférieur de l'œsophage thoracique relèvent classiquement de l'œsophagectomie segmentaire suivie d'une anastomose œsogastrique intra-thoracique.
 - Les cancers mid-thoraciques qui occupent soit le segment pédiculaire de l'œsophage, soit la région rétro-aortique pour lesquels la thérapeutique s'est orientée vers l'association radio-chirurgicale.
 - Les cancers de l'œsophage sus-aortique, pour lesquels, hormis quelques exceptions, le traitement chirurgical est décevant et qu'on a tendance à confier aux irradiations seules.

Notre étude ne concerne que les localisations mid-thoraciques et sus-aortiques des cancers de l'œsophage - 53 observations ont été recueillies pendant la période du 1/1/65 au 31/12/67. Sur ce total, 21 malades n'ont pu être l'objet que d'une thérapeutique à visée palliative. A ces malades, on a pu proposer soit une gastrostomie, soit un traitement chimiothérapique ou radiothérapique ou encore une association des deux traitements.

Dans les 32 autres cas, un traitement radio-chirurgical a pu être envisagé. La tactique à suivre dans la conduite de ce traitement varie avec les auteurs. Elle peut être envisagée de façon différente suivant que l'on donne la préséance ou non aux irradiations et suivant qu'on fasse précéder ou non l'œsophagectomie du rétablissement de la continuité digestive. Dans tous les cas, un fait est actuellement admis par tous les auteurs : c'est la nécessité de pratiquer une œsophagectomie thoracique totale étant donné l'importance de la diffusion sous muqueuse des cancers de l'œsophage et de la possibilité des lésions voire même pluri-focales.

Il est apparu à notre Maître, le Professeur NAULLEAU, que la séquence thérapeutique suivante pouvait comporter des avantages :

- œsophagoplastie première ;
- irradiations ;
- thoracotomie exploratrice suivie ou non d'œsophagectomie.

L'étude critique des 32 observations qu'il nous a confiées, où ses directives ont été en principe suivies, nous permettra de voir la place de l'œsophagoplastie dans le traitement de ces cancers.

HISTORIQUE

Si pour LENORMANT « l'histoire de l'œsophagectomie thoracique est un long martyrologue » et si LILIENTHAL en 1921 considérait le succès de THORECK comme « un désastre pour l'humanité », il est certain que les deux dernières décades ont radicalement modifié dans un sens favorable, avec l'aide des progrès de l'anesthésie et de la réanimation pré et post-opératoire, cette chirurgie qui n'est entrée dans la pratique courante que depuis 20 ans environ.

La thèse de BALLIVET en 1939 et le rapport de SANTY et MOUCHET au congrès de chirurgie en 1947 permettent de suivre l'évolution des idées et des techniques depuis THORECK en 1913 et BAUMGARTNER en 1914 qui pratiquèrent tous deux les premières œsophagectomies totales, l'une par voie transpleurale gauche, l'autre par voie transpleurale droite.

Plus récemment, les statistiques de LORTAT-JACOB en 1957 et de NAKAYAMA en 1962 codifièrent les indications thérapeutiques suivant le siège de la tumeur.

Dès 1947, SANTY et plus tard SCANLON et MORTON en 1955 conseillaient formellement l'œsophagectomie totale dans les cancers mid-thoraciques si bien qu'avec l'élargissement des indications d'exérèse totale s'ouvrait une nouvelle ère, celle des œsophagoplasties avec le tube digestif.

Le rapport de RUDLER et LAFARGUE au congrès de Chirurgie de 1953, bien que considérant le sujet comme en pleine évolution, montre qu'en quelques années l'intérêt de la question s'est déplacé de l'exérèse vers la restauration de la continuité digestive. Quel chemin parcouru, depuis le disgracieux tube de caoutchouc utilisé par THORECK réunissant l'œsophagostomie à la gastrostomie, depuis les plasties cutanées de BIRCHER ou de WULLSTEIN en 1904 aux multiples fistules et aux multiples retouches jusqu'aux choix actuels parmi les différents segments digestifs.

Dès le début du siècle, certains auteurs avaient réalisé ou proposé l'emploi du transplant digestif. Ainsi César ROUX de Lausanne propose, dès 1907, l'utilisation du jéjunum ; VULLIET et KELLING en 1911 utilisent le côlon transverse ; ROTH en 1928 emprunte le côlon droit iso-péristaltique.

Mais ces auteurs n'avaient que quelques cas isolés. Il fallut attendre la publication de YUDIN en 1944 pour connaître les résultats d'une série appréciable de plasties.

Depuis les publications de plasties, très souvent à titre palliatif, se multiplient diverses techniques et divers matériaux sont proposés et utilisés. C'est ainsi que SWETT, dès 1948, puis LORTAT-JACOB et RUDLER utilisent l'estomac, BALLIVET emploie le jéjénum, ORSONI, LEMAIRE et TOUPET proposent le côlon transverse et gauche monté en antipéristaltique, LAFARGUE, DUFOUR, CABANIÉ à Bordeaux proposent le côlon droit et le segment attenant de l'iléon terminal. Il ne se passe pas d'années sans que de nouveaux auteurs proposent quelques variantes. Ainsi DOR en 1964 introduit l'utilisation de l'iléo-cœcum. Enfin, il reste à signaler la publication de GAVRILIU qui tubulise l'estomac le long de la grande courbure avec l'artère splénique comme pédicule nourricier. Cette technique fut introduite aux U.S.A. par HEIMLICH et en France par LORTAT-JACOB et son école.

Simultanément, le trajet de ces plasties est discuté et les voies voies médiastinales, intra-pleurales, pré et rétrosternales sont tour à tour prônées puis abandonnées. Actuellement, seules deux voies restent utilisées : ce sont, la voie pré-sternale proposée par YUDIN, et la voie rétro-sternale utilisée dès 1950 par ROBERTSON et SARJEANT.

Enfin, pour terminer, il faut signaler qu'après les exérèses suivies de plasties immédiates telles que les pratiquaient SANTY et BALLIVET, la tendance actuelle est de fragmenter les interventions afin de réduire le risque opératoire.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

La conduite du traitement à visée curative qui a paru être la meilleure à notre Maître, le Professeur NAULLEAU est la suivante :

- œsophagoplastie première ;
- irradiations ;
- thoracotomie exploratrice en vue de l'exérèse de la tumeur.

En fait, l'étude des 53 observations mise à notre disposition a permis de montrer que ce schéma n'était pas applicable dans tous les cas. En effet, on peut distinguer deux grandes catégories de malades :

- Ceux auxquels seuls un traitement palliatif peut être proposé, car ces malades présentent des contre-indications à un traitement à visée curative : 21 observations.
- Ceux pour lesquels un traitement à visée curatrice peut être envisagé : 32 observations.

I. — TRAITEMENT PALLIATIF :

A - Les raisons :

Les raisons, plaidant en faveur d'un traitement uniquement palliatif ont été : l'âge, l'état général, les troubles respiratoires, cardio-vasculaires et enfin la présence de volumineuses adénopathies cervicales.

L'âge, a priori, n'est jamais une contre-indication formelle. Mais bien souvent, la présence d'autres facteurs péjoratifs fait qu'au-delà de 70 ans, l'intervention est refusée.

L'état général peut être à lui seul une contre-indication absolue à l'œsophagoplastie. C'est ainsi que dans trois de nos observations, l'état général confinant à la cachexie a été le seul facteur qui a fait refuser l'intervention chirurgicale. Cette altération de l'état général relève de deux causes essentielles.

— Tout d'abord, ce sont les troubles nutritionnels et métaboliques engendrés par une dysphagie intense existant depuis plusieurs semaines. A priori, une gastrostomie première pourrait pallier ces troubles permettant ultérieurement de pratiquer une œsophagoplastie. En réalité, cette éventualité ne s'est pas présentée.

— Mais aussi c'est un éthylisme chronique très marqué associant souvent à des perturbations considérables des fonctions hépatiques, des troubles psychiques importants ayant entraîné chez certains de nos malades des crises de délirium.

Autre contre-indication, les troubles respiratoires qui peuvent relever de plusieurs étiologies :

— Tout d'abord, l'insuffisance respiratoire par compression trachéo-bronchique peut aller jusqu'à entraîner un état asphyxique tel qu'il nécessite alors une trachéotomie d'urgence comme nous l'avons observé chez une de nos malades (observation n° 9).

Mais l'insuffisance respiratoire peut être due à une atteinte parenchymateuse qui est alors le fait de métastases multiples mais aussi de tuberculose pulmonaire en pleine poussée évolutive (observation n°).

Les contre-indications cardio-vasculaires peuvent relever de lésions myocardiques mais aussi d'une atteinte vasculaire, en particulier vasculaire cérébrale.

Enfin, l'existence de métastases ganglionnaires cervicales volumineuses et adhérentes ont pu être la cause du refus de l'œsophagoplastie car elles rendent alors très difficile, voire même impossible l'isolement de l'œsophage cervical et la suture œsocolique.

Il faut signaler que bien souvent plusieurs de ces contre-indications coexistent chez un même malade.

Dans le tableau n° 1, se trouvent résumées toutes ces contre-indications.

TABLEAU N° 1
Contre-indications à la plastie

Principales contre-indications rencontrées	Nombre de malades refusés	21 sur 53	37 %
	Altération de l'état général	11 sur 21	57 %
	— Etat cachectique	9 sur 21	45 %
	— Ethylisme chronique	4 sur 21	21 %
	Age trop avancé	4 sur 21	21 %
	Troubles respiratoires	10 sur 21	52 %
	— troubles de compression	4 sur 21	21 %
	— atteinte parenchyme	6 sur 21	31 %
	— métastases	4 sur 21	21 %
	— tuberculose	2 sur 21	10 %
	Troubles circulatoires	4 sur 21	21 %
	— cardiaques	2 sur 21	10 %
	— vasculaire cérébral	2 sur 21	10 %
	Contre-indications locales cervicales (ganglions)	2 sur 21	10 %

B - Traitement suivi :

Plusieurs thérapeutiques peuvent être utilisées et elles sont conditionnées essentiellement par l'état général du malade.

Chez les sujets présentant un état de dénutrition tel que radiothérapie et chimiothérapie ne peuvent être employées car elles ne seraient pas supportées par le malade, on pratique d'emblée une gastrostomie qui permet d'entreprendre immédiatement une réanimation par voie digestive. En outre, une réanimation intra-veineuse à base de sang, protéolysat, vitamines, est institué simultanément pour tenter de rétablir un état général suffisant permettant alors de soumettre le malade à la radiothérapie et à la chimiothérapie.

Chez les sujets dont l'état général est relativement conservé et pour lesquels la dysphagie n'est pas totale, on a recours à une irradiation par le cobalt à des doses de 6 500 R environ. Cette irradiation est administrée en 40-45 jours environ et est généralement assez bien supportée. Par ailleurs, aux environs de 3 500 4 000 R, on note une nette diminution de la dysphagie et une amélioration des images radiologiques. Mais la récurrence est quasi certaine.

Chez les sujets à l'état général altéré et à la dysphagie très importante, on pratique d'emblée une gastrostomie et on les soumet immédiatement à l'irradiation par le cobalt.

Une autre thérapeutique palliative a été proposée ; c'est l'intubation de l'œsophage qui permet une reprise immédiate de l'alimentation orale. Cette intubation est réalisée par des tubes de divers types : Mousseau-Barbin ou Soutard. Une telle intubation n'a jamais été utilisée, peut-être à tort, dans le service. Si elle permet en effet, d'éviter l'inconfort de la gastrostomie, elle n'est pas exempte d'inconvénient en particulier risque d'ulcération vasculaire, d'ulcération de l'œsophage et de rejet du tube.

En résumé, pour ces malades auxquels un traitement à visée curatrice ne peut être proposé, le pronostic vital est très sombre et les survies constatées dans nos observations sont en moyenne de 4 mois et ne dépassent jamais 7 mois.

II. — TRAITEMENT A VISÉE CURATRICE :

A - La position classique :

Avant d'exposer la séquence thérapeutique adoptée dans le service, nous rappellerons brièvement la tactique généralement admise.

De très nombreux auteurs condamnent sans appel toute intervention chirurgicale qui puisse précéder l'exérèse. Ainsi, RUDLER rejette formellement l'œsophagoplastie première et pour lui, en présence d'un cancer de

l'œsophage, on ne dispose que de deux interventions : soit une gastrostomie, soit une thoracotomie exploratrice. LORTAT-JACOB et son école pratiquent aussi d'emblée la thoracotomie exploratrice. Si celle-ci s'avère impossible, seule une gastrostomie sera établie avant même de discuter une plastie palliative.

Mais tous les auteurs n'adoptent pas une attitude aussi tranchée. Ainsi DOR qui convient que l'œsophagectomie est la seule intervention carcinologiquement valable, adopte une attitude plus électique basée sur les critères suivants : il distingue les cas favorables avec un bon état général, un cancer inférieur à 6 cm de hauteur, l'absence de dysphagie et un œsophage souple au contact de la tumeur. C'est l'éventualité qui reste la moins fréquente et à qui est réservée l'œsophagectomie primitive. D'autre part, les cas cliniquement moins bons avec troubles généraux, tumeur comprise entre 6 et 10 cm de long qui doivent avoir d'abord une œsophagoplastie.

Longtemps dans le service, la thoracotomie exploratrice fut pratiquée avant l'œsophagoplastie, mais à la lueur de nombreuses observations, certains arguments en faveur de la plastie première se sont imposés et ont modifié la séquence thérapeutique que l'on rappellera ici :

- œsophagoplastie première ;
- irradiation ;
- thoracotomie exploratrice.

B - Arguments en faveur de la plastie première :

1) le premier est d'ordre carcinologique.

En effet, les premiers temps de l'œsophagoplastie sont des temps d'exploration cervicale et abdominale permettant de découvrir les contre-indications à distance, à une thoracotomie exploratrice en vue d'une œsophagectomie. Le temps abdominal permet, en effet, de découvrir les métastases hépatiques et surtout les adénopathies coéliquales et latéro-aortiques rendant alors illusoire toute tentative d'exérèse de la tumeur. Certes, les métastases hépatiques peuvent être mises en évidence par d'autres procédés que la laparotomie. En effet, la scintigraphie hépatique et la laparoscopie visualisent ces métastases. Par contre, aucun de ces deux examens ne peut révéler les adénopathies coéliquales et latéro-aortiques qui traduisent une évolution déjà avancée et représente un stade au-dessus des possibilités de la chirurgie d'exérèse.

Certes la constatation d'une adénopathie coéliquale n'est pas considérée par tous comme une contre-indication formelle à l'exérèse. Mais nous estimons que, dans ce cas, l'œsophagectomie n'a qu'une valeur palliative. De même que la clavicule représente dans le traitement du cancer du sein

la limite raisonnable de l'intervention, de même une volumineuse adénopathie cœliaque représente pour nous une contre-indication à une œsophagectomie à titre palliatif, la plastie aboutissant au même effet que cette dernière à moindre frais.

Le temps cervical permet lui aussi de mettre en évidence, dans un nombre non négligeable de cas, des métastases ganglionnaires que la clinique n'avait pas soupçonné.

Le tableau n° 2 résume les découvertes de la laparotomie et de la cervicotomie lors des 32 plasties sur lesquelles porte cette étude. Tous ces patients étaient porteurs de plusieurs métastases associées : hépatiques et cœliaques, abdominales et cervicales. Au total 17 malades sur 32 étaient au-dessus de toute ressource thérapeutique à visée chirurgicale alors que si on s'était fié uniquement aux résultats de la scintigraphie hépatique et de la laparoscopie, deux patients seulement sur 32 auraient été récusés et 15 auraient subi une thoracotomie inutile.

TABLEAU N° 2
Métastases découvertes lors de l'œsophagoplastie

Métastases cœliaques et latéro-aortiques	17 sur 32	56 %
Métastases hépatiques	2 sur 32	6 %
Métastases cervicales	5 sur 32	16 %

2) Un autre argument d'ordre carcinologique plaide en faveur de l'œsophagoplastie première : le délai qui s'écoule entre celle-ci et la thoracotomie exploratrice permet de mieux apprécier le potentiel évolutif de la tumeur. Certes, certains faits cliniques peuvent montrer la rapidité de l'évolution de la lésion. Ainsi, l'apparition récente de la dysphagie qui très

rapidement s'accroît et devient totale, l'amaigrissement qui, en peu de semaines, prend une allure catastrophique, enfin une température oscillante de 38° - 39° sans qu'une étiologie valable puisse être avancée, sont des signes cliniques de très mauvais pronostic et font prévoir une tumeur en pleine évolution. Ils rendent alors très aléatoires les résultats d'une œsophagectomie immédiatement pratiquée.

Mais malgré l'absence de ces facteurs défavorables, le cancer peut avoir un potentiel de malignité élevé qui se traduira par l'éclosion, dans les jours ou dans les semaines suivant la plastie, d'une métastase rendant illusoire toute tentative d'exérèse qui, si elle avait été pratiquée d'emblée, se révélerait alors totalement inutile. Deux observations illustrent d'une façon remarquable ces faits et pour l'enseignement qu'elles comportent, nous n'hésitons pas à les rappeler ici brièvement.

— **Observation n° 34 :** il s'agit d'une demoiselle de 66 ans qui présente depuis deux mois une dysphagie intermittente. L'état général est bien conservé, l'amaigrissement n'était que de quatre kilogrammes en deux mois. L'examen radiologique pratiqué sur le champ montre une lésion bourgeonnante du tiers moyen s'étendant sur une hauteur de 6 cm. Le diagnostic de cancer est confirmé par l'œsophagoscopie et la biopsie montrant un carcinome spino-cellulaire. L'œsophagoplastie est immédiatement pratiquée et les temps abdominal et cervical ne montrent aucune contre-indication à une thoracotomie exploratrice. On décide de pratiquer celle-ci dès que la malade aura subi une irradiation au cobalt de 3 500 - 4 000 R tumeur. Les suites immédiates sont très simples et la reprise de l'alimentation orale est permise dès le 14^e jour. Brusquement au 21^e jour après la plastie, la malade signale la présence d'un petit nodule cutané au niveau du dos. Celui-ci n'est absolument pas douloureux et est de très petite taille. On pratique l'ablation de ce nodule que l'on envoie à l'Anatomopathologiste qui conclut à une métastase pseudo-kystique d'un carcinome épidermoïde. La présence de cette métastase contre-indique toute tentative d'exérèse et on renonce à la thoracotomie exploratrice, la radiothérapie étant poursuivie jusqu'à 6 500 R. Par la suite, la malade est soumise à une cure de chimiothérapie. Son état est excellent et elle quitte le service. Elle revient quelques semaines plus tard présentant alors une paraplégie spasmodique, due à des métastases vertébrales, et une insuffisance respiratoire, conséquence de multiples métastases pulmonaires. Finalement, elle décède 9 mois après l'œsophagoplastie.

Observation n° 31 : cet homme de 60 ans, éthylique, présente depuis 3 mois environ une dysphagie importante et un amaigrissement de 13 kilogrammes. A la radiographie, on trouve une lésion sténosante inter-azygo-aortique s'étendant sur une hauteur de 8 cm. L'œsophagoscopie et la biopsie confirment le diagnostic de carcinome spino-cellulaire. L'œsophagoplastie est entreprise et les temps abdominal et cervical ne découvrent aucune contre-indication à la thoracotomie exploratrice qui sera pratiquée après la

cobaltothérapie. Les suites sont simples mais on note l'apparition d'une fistule salivaire au 6^e jour qui se tarit spontanément en 10 jours. La reprise de l'alimentation orale est autorisée le 20^e jour. Brusquement, au 25^e jour, nouvelle fistule salivaire qui nécessite la reprise de la gastrostomie qui montre, lors de l'ouverture du péritoine, une ascite cancéreuse et des métastases péritonéales multiples. Cette découverte contre-indique, bien entendu, la thoracotomie exploratrice. La reprise de l'alimentation par la gastrostomie permet la fermeture de la fistule en 8 jours et l'alimentation par les voies naturelles est alors reprise sans ennui. La cobaltothérapie est poursuivie jusqu'à 6 400 R. Le malade quitte le service en assez bon état général, résultat fonctionnel de sa plastie contrôlé à l'amplificateur de brillance étant excellent. Le malade décède 4 mois plus tard sans que nous sachions la cause de son décès.

Bref, dans ces deux observations l'état général et local paraissait très favorable à une thoracotomie exploratrice au moment de la plastie. Dans les 15 jours suivants celles-ci, apparaissaient alors des métastases cutanées dans le premier cas et péritonéales dans le second prouvant qu'un certain délai est parfois nécessaire pour permettre l'appréciation du génie évolutif de la tumeur. Nous profitons d'ailleurs de cette période d'observation pour irradier la lésion.

3) L'argument suivant en faveur de l'œsophagoplastie première est un argument de confort physique et psychique pour le patient. En effet, l'œsophagoplastie première autorise rapidement la reprise d'une alimentation par les voies naturelles ce qui permet au malade ainsi traité de beaucoup mieux supporter la cobalthérapie. Par contre, l'alimentation par la sonde de gastrostomie est souvent mal supportée par le malade qui a tendance très rapidement à se prendre pour un diminué physique, idée que confirment très vite les réactions de son entourage. Certes, on rencontre des fistules salivaires, mais chez nos malades, elles ont toujours été transitoires et la reprise de l'alimentation par voie orale a toujours été possible au bout de quelques jours, voire au maximum au bout de quelques semaines. Le tableau suivant indique le nombre et la durée de fistules salivaires rencontrées dans nos observations.

Nombre de plasties	Nombre de fistules salivaires	Durée moyenne d'écoulement
32	13 soit 40 %	24 jours

4) La faible mortalité post-opératoire est aussi un des arguments en faveur de l'œsophagoplastie première. En effet, sur 32 œsophagoplasties pratiquées dans le service, nous n'avons eu qu'un seul décès à déplorer dans les suites opératoires ce qui représente un pourcentage inférieur à 4 %. Après thoracotomie exploratrice suivie ou non d'exérèse, le pourcentage de mortalité post-opératoire est infiniment plus élevé et il varie, suivant les auteurs, entre 25 et 60 %.

C - Critiques de cette tactique thérapeutique.

La principale critique que l'on puisse faire à ce schéma thérapeutique est d'ordre chronologique.

Beaucoup d'auteurs pensent que la seule intervention carcinologique valable étant l'œsophagectomie, celle-ci doit être pratiquée en priorité. En fait, ce retard n'est pas considérable et il n'excède jamais 2 mois 1/2. En général, la thoracotomie exploratrice en vue de l'exérèse est pratiquée 65 à 70 jours après la plastie et pendant ce laps de temps la lésion est traitée par cobalthérapie si bien que le retard apporté au traitement à visée curatrice n'est, en fait, que de trois semaines environ. En outre, ce délai loin d'être préjudiciable peut être bénéfique puisque, nous l'avons vu dans deux observations, il a permis au cancer d'extérioriser son potentiel métastatique et si, localement, la lésion se révèle inopérable, il est permis certainement d'affirmer qu'elle l'était trois semaines avant. En fait, le plus gros retard qui puisse être incriminé est avant tout le retard apporté au diagnostic car lorsqu'on interroge les malades, on constate que la dysphagie, symptôme essentiel de l'affection, existe le plus souvent depuis de longs mois sans pour cela avoir inquiété le malade, son entourage et parfois même, fait plus grave, son médecin.

En résumé, l'œsophagoplastie permet une meilleure sélection des patients. En effet, en décelant des métastases à distance, en permettant au potentiel évolutif de la tumeur de s'extérioriser, elle évite une tentative d'œsophagectomie parfaitement inutile. Par ailleurs, le nombre des thoracotomies montrant une tumeur inextirpable est réduit considérablement. Ainsi sur 8 thoracotomies exploratrices, une seule montra une exérèse impossible soit 12 % seulement. Ce pourcentage est beaucoup plus bas que ceux rencontrés dans les statistiques de nombreux auteurs pour lesquels en moyenne une thoracotomie exploratrice sur quatre découvre une lésion inextirpable. En outre, la mortalité de l'œsophagoplastie est très faible, elle permet une irradiation de la tumeur dans de bien meilleures conditions.

D - Le traitement d'irradiation :

La cobalthérapie suit l'œsophagoplastie.

Les temps abdominal et cervical de l'œsophagoplastie permettent de distinguer deux lots de malades suivant qu'ils se révèlent être porteurs ou non de métastases cervicales, coeliaques ou hépatiques.

Nous envisageons tout d'abord le traitement d'irradiation que l'on propose aux malades devant subir la thoracotomie en vue de l'exérèse. Les patients sont soumis à une irradiation par le cobalt à la dose de 3 500 - 4 000 R qui est commencé 15 jours environ après la plastie et dure 20 à 25 jours. Elle s'accompagne souvent d'une perte de poids de 3 à 4 kg mais l'état général est relativement conservé et le malade va pouvoir subir la thoracotomie exploratrice. L'irradiation de 3 500 - 4 000 R nous a paru suffisante pour stopper l'évolution de la tumeur et la stériliser partiellement, ce qui permet d'envisager l'exérèse chirurgicale dans de meilleures conditions carcinologiques locales et générales. La cobalthérapie n'a pas été poussée jusqu'à 6 500 R comme il est classiquement d'usage de le faire dans les tumeurs œsophagiennes car les remaniements inflammatoires et scléreux que l'on rencontre alors, lors de la thoracotomie, rendent très difficile et très dangereux la libération ultérieure de la tumeur. Par ailleurs, les réactions post-radiothérapiques du parenchyme pulmonaire favorisent les complications broncho-pulmonaires post-opératoires.

Chez les sujets qui ont présenté lors de l'œsophagoplastie une contre-indication à la thoracotomie exploratrice, la cobalthérapie est alors poursuivie jusqu'à 6 500 R. Cette irradiation leur est administrée en 40-45 jours et s'accompagne souvent d'une perte de plusieurs kilogrammes. Mais, généralement, l'état général s'améliore rapidement et la reprise de poids est constante. Par la suite au bout de deux mois environ, le malade est à nouveau hospitalisé pour être soumis à une chimiothérapie faite essentiellement de Dégranol et de 5 F.U. Cette cure dure approximativement trois semaines et est généralement bien supportée. Malgré tout, dans quelques cas, des troubles digestifs représentés surtout par de la diarrhée et des troubles hématologiques vont rendre nécessaire l'arrêt de la chimiothérapie.

E - La thoracotomie exploratrice :

La dernière étape du traitement est représentée par la thoracotomie exploratrice en vue de l'exérèse de la tumeur. Elle est faite trois à quatre semaines après la fin de l'irradiation. Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour dire qu'en hauteur, l'exérèse doit s'étendre depuis l'œsophage cervical jusqu'au cardia. Certains auteurs proposent une gastrectomie polaire supérieure quand le cancer s'étend vers la partie basse du thorax. SCANLON, dans ce cas, va même jusqu'à pratiquer une splénectomie et une pancréatectomie caudale. En largeur, une adhérence du cancer au poumon, à la plèvre médiastine, au cul de sac de Haller n'est point un obstacle à l'exérèse puisqu'ils peuvent être réséqués à la demande.

De même, le curage cellulo-ganglionnaire doit être parfait : les ganglions inter-trachéo bronchiques, la chaîne latéro-trachéale droite, les ganglions du pédicule pulmonaire gauche, la chaîne récurrentielle gauche, si le cancer est nettement au-dessus de l'aorte sont enlevés systématiquement.

Le problème de la voie d'abord reste encore posé à l'heure actuelle et les partisans des voies droite et gauche s'affrontent. De nombreux auteurs comme DOR, SANTY et RUDLER utilisent la voie droite et prétendent que cette voie permet une meilleure exposition de l'œsophage. En fait cet avantage est contre-balancé par les risques d'ordre vasculaire auxquels cette voie expose. Dans le service, la voie d'abord utilisée est droite et elle a toujours permis une bonne exposition de l'œsophage sauf pour les localisations rétro-aortiques où la voie d'abord est gauche.

Quelles sont les limites de l'exérèse ? Elles sont essentiellement de deux ordres.

— Tout d'abord vasculaire. En effet, l'adhérence intime de la tumeur à l'aorte peut rendre la libération extrêmement périlleuse voire même impossible. L'adhérence de la tumeur à la veine cave supérieure peut rendre aussi l'intervention impossible.

— Mais aussi d'ordre respiratoire. Les adhérences à la trachée et aux grosses bronches peuvent être elles aussi une limite à l'exérèse. En fait, elles sont rarement rencontrées en cours d'intervention, car la bronchoscopie pré-opératoire renseigne sur l'état de l'arbre aérien et permet de refuser l'intervention chez un malade dont la trachée et les grosses bronches sont déjà le siège d'un envahissement tumoral. Toutefois, l'irradiation peut faire perdre aux adhérences leur caractère néoplastique et, en libérant ce qu'on croit être une simple adhérence inflammatoire, découvrir un envahissement limité à la paroi bronchique. Cette éventualité s'est présentée une fois dans nos observations, lorsque les malades étaient soumis à une dose de 6 000 R entre les deux temps opératoires. Depuis, la dose d'irradiation a été ramenée à 3 500 - 4 000 R.

Dans le cas où l'exérèse n'est pas possible, le malade est soumis dans les suites opératoires à une irradiation de surimpression pour arriver au total de 6 500 R. Par la suite, dans les mois suivants, le malade subira des cures de chimiothérapie.

EN RÉSUMÉ

Les diverses indications thérapeutiques se présentent pour nous de la façon suivante.

Le traitement palliatif, que l'on propose aux malades, ne pouvant subir l'œsophagoplastie première, peut présenter plusieurs modalités.

— Tout d'abord chez les malades à l'état général confinant à la cachexie, nous ne proposons qu'une gastrostomie qui leur permet de s'alimenter. Par la suite, si l'état général le permet, les malades sont alors soumis à la cobalthérapie et à des cures de chimiothérapie.

- Chez les malades à l'état général relativement conservé et à la dysphagie incomplète, nous prescrivons d'emblée la cobalthérapie puis des cures de chimiothérapie.
- Enfin, d'autres malades ont une fonction respiratoire telle que la cobalthérapie n'est pas prescrite. Seules, dans ce cas, des cures de chimiothérapie sont administrées complétées ou non par une gastrostomie.

Les traitements palliatifs successivement envisagés ne donnent que des résultats très médiocres et la survie n'a jamais dépassé sept mois quelle que soit la thérapeutique proposée.

A tous les autres malades, le traitement curatif est proposé. Il commence par l'œsophagoplastie et permet une première sélection des patients :

- ceux, qui présentent des métastases ganglionnaires et qui ne peuvent subir, de ce fait, la thoracotomie exploratrice, sont soumis dans les suites opératoires à une cobalthérapie de 6 500 R environ et par la suite à des cures de chimiothérapie. Ces dernières sont, seules, mises en œuvre quand il existe une métastase hépatique associée ;
- ceux qui doivent subir ultérieurement la thoracotomie exploratrice et qui ne recevront en pré-opératoire que 3 500 à 4 000 R.

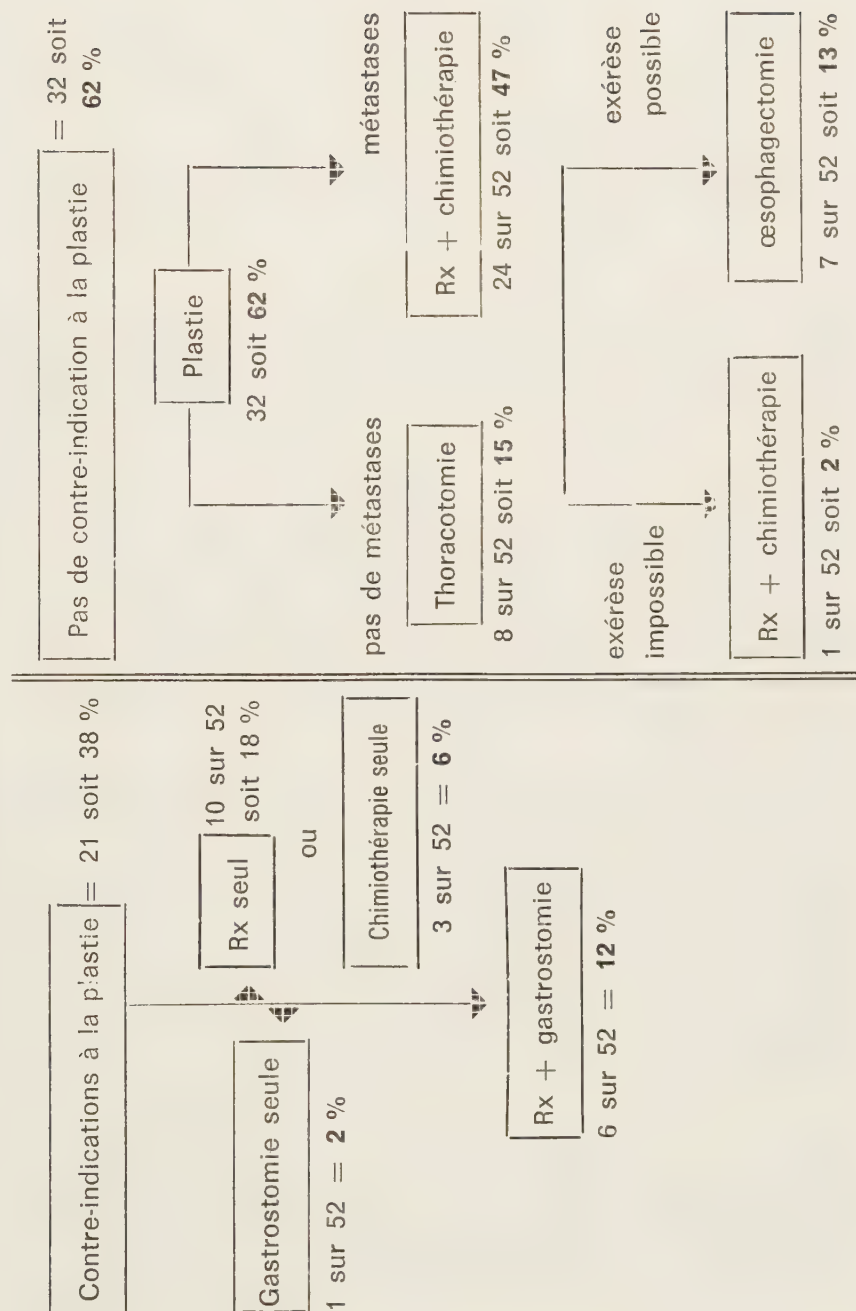
La thoracotomie exploratrice, stade ultime du traitement permet une seconde sélection de malades :

- ceux qui ne peuvent subir l'exérèse, la tumeur étant inextirpable, sont alors soumises à une cobalthérapie complémentaire et ultérieurement à des cures de chimiothérapie ;
- ceux qui peuvent bénéficier de l'œsophagectomie et qui ont reçu alors un traitement à visée curatrice complet.

Dans le tableau n° 3, nous résumons les différentes thérapeutiques proposées. Ainsi, depuis le premier examen jusqu'à la thoracotomie exploratrice, la tactique thérapeutique que nous proposons permet une sélection progressive des malades qui reçoivent la thérapeutique la mieux appropriée à chacun d'eux.

TABLEAU N° 3

Résumé des thérapeutiques utilisées pour nos 53 malades



MODALITÉS TECHNIQUES DE L'ŒSOPHAGOPLASTIE

Dès son arrivée dans le service et si l'examen clinique ne note aucune contre-indication chirurgicale, le malade est soumis à un certain nombre d'examens complémentaires.

I. — LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

1 - Tout d'abord les *examens sanguins* nous donnent les renseignements quant aux constantes biologiques et aux tests hépatiques. Ils sont, la plupart du temps, considérablement perturbés, mais ils n'ont jamais entraîné une contre-indication à l'acte chirurgical.

2 - Deux *examens radiologiques* sont systématiques. La radiographie pulmonaire fournit des renseignements sur l'état du parenchyme pulmonaire mais aussi vérifie l'absence de métastases pulmonaires. Le lavement baryté vérifie l'état du côlon qui va servir de matériel de plastie.

3 - L'*électrocardiogramme* est systématique et rend compte de l'état du myocarde du sujet - mais ces résultats sont souvent satisfaisants et n'ont jamais constitué une contre-indication formelle à l'œsophagoplastie.

4 - L'*œsophagoscopie* doit en principe permettre un diagnostic histologique grâce à la biopsie qui l'accompagne mais cette dernière peut être dangereuse en raison des risques hémorragiques et des risques de perforation, ailleurs elle peut être insuffisante. Mais la biopsie est toujours complétée par une aspiration qui, dans un nombre non négligeable de cas, apporte des précisions cytologiques alors que la biopsie est négative. Mais aussi l'œsophagoscopie fixe le niveau du pôle supérieur de la tumeur par rapport aux arcades dentaires et permet ainsi la classification du cancer dans un des trois étages du médiastin ; elle peut, en outre, dépister les lésions pluri-focales.

5 - La *broncoscopie* est aussi un examen pré-opératoire de routine, indispensable avant de discuter les indications thérapeutiques. Elle renseigne sur deux ordres de faits : d'une part, la compression extrinsèque trachéo-bronchique, d'autre part, l'envahissement direct de la muqueuse qui peut être soit infiltré, soit déjà végétante (Lemoine et collaborateurs) ; cet envahissement est plus fréquent dans les cancers haut situés.

6 - Dans certains cas, les épreuves fonctionnelles respiratoires ont été faites dès que l'on soupçonnait cliniquement une insuffisance respiratoire ou dès que la bronchoscopie montrait une compression importante des voies aériennes supérieures. Mais cet examen n'a jamais été systématique et n'a été pratiqué que dans deux cas et les résultats obtenus n'ont jamais constitué une contre-indication à la plastie.

Durant ce bilan pré-opératoire qui demande un laps de temps de quelques jours, la correction pré-opératoire des désordres biologiques est naturellement entreprise. Elle a pour but, de réparer l'anémie, de remonter la protéinémie, d'assurer une réhydratation cellulaire correcte, de normaliser les fonctions hépatiques parfois perturbées. Cette réanimation est faite par voie intra-veineuse et elle doit être brève et intensive : il ne faut pas retarder l'intervention sur le fallacieux prétexte de constantes imparfaitement améliorées. Tout sursis verrait s'effondrer à nouveau les bénéfices rapidement acquis au début du traitement.

II. — MATÉRIEL UTILISÉ :

De nombreux segments digestifs ont été préconisés depuis l'antique tube de caoutchouc avec lequel THORECK réunissait l'œsophagoplastie et la gastrostomie.

En fait, trois segments digestifs semblent avoir actuellement la préférence.

— l'estomac utilisé suivant la technique de GAVRILIU qui tubulise l'estomac le long de la grande courbure avec l'artère splénique comme pédicule nourricier. Cette technique est séduisante mais le segment digestif est souvent assez court et rend difficile les anastomoses hautes au niveau de l'œsophage cervical. Récemment, il a modifié sa technique pour augmenter la longueur du transplant. Dans ce but, il incorpore à celui-ci le segment pyloroduodéal.

— En 1951, l'Ecole Bordelaise avec LAFARGUE, DUFOUR et CABANIÉ préconise le côlon droit et y adjoint le segment attenant de l'iléon terminal - le pédicule vasculaire utilisé est représenté par les vaisseaux de l'angle droit et l'arcade de Riolan. L'artère iléo-cæco-colique est liée et sa ligature n'entraîne jamais la nécrose de l'iléon terminal dont la vascularisation est alors assurée de façon satisfaisante par l'intermédiaire de l'arcade bordante du côlon droit. Cette technique a l'avantage de fournir un matériel de longueur toujours suffisante. Mais l'utilisation de ce matériel comme plastie se traduit souvent dans les suites opératoires par l'apparition d'une diarrhée qui a pu, dans certains cas, poser des problèmes de rééquilibration ionique.

En 1964, DOR propose une variante de cette technique et utilise l'iléo-cæcum avec comme pédicule nourricier l'artère iléo-cæco-colique. Nous n'avons dans le service aucune expérience du côlon droit ; une seule fois, on a eu recours à l'iléo-cæcum, les autres segments du tube digestif s'étant révélés inutilisables.

— Le dernier segment digestif qui puisse être employé est le côlon transverse et gauche monté en antipéristaltique ou en isopéristaltique suivant que le pédicule nourricier est représenté par l'artère colique supérieure droite ou l'artère colique supérieure gauche. Cette technique a été introduite en France par ORSONI, LEMAIRE et TOUPET et c'est elle qui est utilisée dans le service. Les raisons de notre choix en faveur de ce matériel de plastie sont de trois ordres. Tout d'abord la longueur a toujours été suffisante et elle permet même une recoupe au moment de l'anastomose œso-colique. La vascularisation a toujours été excellente. Il n'en est pas toujours de même, semble-t-il, avec le côlon droit ; les dangers vasculaires de son utilisation ne viennent pas du système artériel mais du mode de drainage veineux qui peut se révéler insuffisant et entraîner l'infarctissement du transplant. R. NICKS, après l'étude cadavérique de 25 cas, a trouvé que cinq fois les anastomoses veineuses entre cæcum et sigmoïde faisaient défaut. Dans 3 des 23 cas de côlon droit transplanté, il a observé un infarctissement du transplant. Enfin, le calibre du côlon s'apparente à celui de l'œsophage, ce qui facilite la suture termino-terminale œso-colique.

III. — LA VOIE UTILISÉE :

Longtemps, la voie pré-sternale fut la seule utilisée. En réalité, comme nous le verrons, ses inconvénients dépassent de beaucoup ses avantages. Dans nos observations, une seule fois, on a été obligé d'y recourir (observation n° 25). Dans tous les autres cas, le transplant a été monté par voie rétro-sternale. Puis en 1950, SARGEANT et ROBERTSON proposèrent la voie rétro-sternale.

Dans le service, nous avons adopté la voie rétro-sternale car ses avantages nous ont semblé supérieurs à ses inconvénients.

Les reproches adressés à la voie rétro-sternale sont essentiellement de trois types.

Les auteurs insistent beaucoup sur les risques de compression du médiastin antérieur et de la mort subite que cette compression peut entraîner. En fait, une seule observation d'un tel accident a été publiée (JOUANNEAU, SCILLE, EDELMANN) et ce qui a été pris pour une compression était peut-être une embolie pulmonaire massive à une époque où les anticoagulants n'avaient pas la diffusion actuelle.

Pour d'autres auteurs, la plastie pré-sternale permet une bonne surveillance du transplant et garantit contre toute propagation médiastinale en cas de nécrose toujours possible de ces anses isolés. En fait, cette complica-

tion a peut-être été observée une fois chez un de nos malades mais la vérification nécropsique n'ayant pas été faite, nous ne pouvons pas l'affirmer (observation n° 41).

Enfin, dernier critère avancé, c'est la possibilité de lésier la plèvre lors de la tunnellisation et de créer ainsi un pneumothorax. Cette complication est systématiquement recherchée après l'intervention par une radiographie faite dans la salle d'opération même. Cet incident s'est produit plusieurs fois lors de nos plasties mais les pneumothorax ainsi créés n'ont jamais compliqué les suites opératoires et une seule fois une exsufflation a été rendue nécessaire.

Nous envisagerons maintenant les arguments qui nous ont fait et nous font toujours utiliser la voie rétro-sternale :

- l'argument esthétique n'est peut-être pas un argument de poids chez un cancéreux amaigri et de 70 ans, mais sur le moral du malade, il semble quand même avoir une certaine importance ;
- une chose semble plus importante, c'est la bonne protection du segment digestif transplanté. Sa situation juste sous cutanée en avant d'un plan osseux ne paraît pas être une position de choix et les risques de traumatisme ne sont certainement pas négligeables ;
- la présence de chevalets au niveau de la clavicule et de la région xyphoïdienne peut être la cause d'un fonctionnement defectueux de la plastie, écueil évité par la voie rétro-sternale ;
- enfin, l'existence d'une éventration ménagée à dessein sous le rebord costal peut être à l'origine d'une éventration plus importante par la suite qui peut alors nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale.

IV. — TECHNIQUE :

L'intervention comprend essentiellement trois temps :

- cervical ;
- abdominal ;
- rétro-sternal.

Elle est pratiquée à deux équipes.

1) Temps cervical :

Après l'exploration des chaînes ganglionnaires récurrentielles, carotidiennes et sus-claviculaires, il comporte la découverte et l'isolement de l'œsophage cervical qui est sectionné au niveau de la portion haute du médiastin. Son extrémité inférieure est suturée en deux plans, son extrémité supérieure, dont la vascularisation est soigneusement ménagée, est laissée en place et repérée.

2) Temps abdominal :

Il comporte une longue incision sous et sus-ombilicale. Le premier temps est une exploration à la recherche des métastases hépatique et cœliaque. Après recherche de celles-ci, les côlons transverse et gauche sont mobilisés par un décollement épiploïque et colo-pariétal. La vascularisation est étudiée avec soins pour apprécier la situation et le calibre de l'arcade bordante, le calibre et la longueur de l'artère colique supérieure gauche et de l'artère colique supérieure droite, l'existence ou non d'une coliqua média.

Deux fois le choix s'est porté sur l'artère colique supérieure gauche comme pédicule nourricier du transplant ; trente fois, l'artère colique droite supérieure a été retenue comme pédicule nourricier.

La longueur de plastie colique nécessaire est mesurée par un ruban tendu depuis l'origine de la colique supérieure droite jusqu'à l'os hyoïde et cette distance est reportée sur le méso successivement le long de l'artère colique supérieure droite puis ensuite le long de l'arcade bordante en se dirigeant de droite à gauche.

Après clampage provisoire des pédicules vasculaires qui doivent être sacrifiés : artère colique supérieure gauche (dans le cas le plus fréquent de côlon antipéristaltique) et arcade bordante aux deux extrémités du futur transplant, ces différents vaisseaux sont sectionnés ainsi que la portion correspondante du méso qui est sectionné à droite et à gauche de l'artère colique droite supérieure qui constitue le pédicule nourricier. La section du côlon aux deux extrémités du transplant entre deux rangées de clips termine le temps de préparation de la plastie colique.

Le temps abdominal est alors momentanément interrompu pour passer au temps suivant.

Préparation du tunnel rétro-sternal :

— Elle est pratiquée conjointement par les deux équipes. L'équipe abdominale écarte en arrière de la xyphoïde les insertions diaphragmatiques qui au besoin, sont encochées puis monte en clivant le médiastin antérieur en se tenant au ras du sternum.

L'équipe cervicale prépare la sortie du tunnel en conduisant le clivage derrière le sternum et l'articulation sterno-claviculaire en se tenant en avant de la gaine vasculaire du plan veineux rétro-claviculaire.

Le clivage est exécuté dans un plan différent par les deux équipes, le ligament sterno-péricardique supérieur doit, en effet, être effondré pour permettre aux deux équipes de se rencontrer. Cette zone et le tunnel rétro-sternal doivent être dilatés à l'aide d'une sonde à ballonnet remplie de liquide.

Le transplant est amené par voie pré, ou mieux, rétro-gastrique à l'entrée du tunnel dans lequel on le fait ascensionné en évitant toute tension.

Les temps suivants comprennent :

— Dans la région cervicale : l'anastomose est termino-terminale, le plus souvent après une recoupe du transplant colique trop long. Cette anastomose a été faite tantôt en un plan, tantôt en deux plans.

— Au cours du temps abdominal, le côlon est implanté sur la face antérieure de l'estomac par une anastomose colo-gastrique termino-latérale en un plan. Après fermeture des brèches méso-colique, la continuité du côlon est rétablie par une anastomose colo-colique termino-terminale en un plan.

— Une pyloroplastie en une hémi-pylorectomie antérieure et une gastrostomie de décharge terminent l'intervention.

V. — SUITES ET RÉSULTATS FONCTIONNELS :

Nous classerons les suites en rubriques :

- les suites immédiates ;
- les résultats fonctionnels.

A - **Les suites immédiates** n'ont jamais posé de problèmes et ont toujours été très simples. La température se normalise en trois à quatre jours. L'alimentation par sonde est reprise au 5^e - 6^e jour et l'alimentation orale est permise dès le 14^e jour.

Nous n'avons eu à déplorer qu'un seul décès dans les suites opératoires. Il est survenu brusquement au 14^e alors que les suites immédiates avaient été bonnes, mise à part une fièvre élevée, ce qui nous a fait évoquer la possibilité d'une nécrose du transplant mais il n'y a pas eu de vérification.

Durant les suites immédiates, nous n'avons eu à faire face qu'à deux sortes de complications :

- ce sont tout d'abord les fistules salivaires qui surviennent généralement vers le 6^e jour, parfois seulement à la reprise de l'alimentation orale. Elles se sont toutes tarées spontanément et ont nécessité la prolongation de l'alimentation par la sonde de gastrostomie. Suivant les statistiques, le pourcentage de fistule oscille entre 20 et 50 % ;
- les complications broncho-pulmonaires que nous avons pu observer chez nos malades sont de deux types :
 - les pneumothorax dus à une blessure pleurale lors de la tunnellisation rétro-sternale. Ils ont toujours été très bien tolérés car de petit volume et, une seule fois, l'exsufflation a été nécessaire,

- plusieurs fois, dans les suites opératoires, nos malades ont fait des accidents bronchoplégiques, mais ceux-ci ont régressé très rapidement grâce à un traitement médicamenteux. Une seule fois, une broncho-aspiration a été nécessaire par une atélectasie massive.

Dans deux de nos observations des malades, qui avaient présenté des accidents bronchoplégiques avec une toux importante, ont eu, à l'ablation des fils, une éviscération qui a nécessité une reprise de la paroi.

Dans le tableau n° 4, nous résumerons les divers incidents rencontrés lors des suites immédiates.

B - Les résultats fonctionnels :

Nous envisagerons maintenant les résultats fonctionnels de plastie.

Tout d'abord, il faut signaler que les malades sont en général satisfaits du fonctionnement de leur néo-œsophage et heureux de pouvoir déglutir à nouveau de la façon quasi normale.

Les principaux troubles accusés par les malades sont les suivants :

- certains se plaignent d'une sensation de blocage au niveau du cou essentiellement pour les grosses bouchées ;
- d'autres accusent des régurgitations apparaissant essentiellement en position couchée ;
- enfin, d'autres signalent qu'ils doivent manger lentement, sinon au bout d'un certain temps, ils ressentent une impression de réplétion rétro-sternale les obligeant à cesser toute nouvelle prise pendant quelques minutes. A l'issue de ce laps de temps, l'alimentation normale peut être reprise.

Il faut noter que la plupart des troubles présentés le sont par des sujets qui, dès qu'ils ont quitté le service, ont abandonné très rapidement les conseils diététiques donnés et ont repris une alimentation normale.

Mais tous ces résultats sont très subjectifs et les suites fonctionnelles sont mieux appréciées par le radio-cinéma. Celui-ci nous a montré, dans quelques cas, un rétrécissement de la bouche œso-colique. Mais la diminution de calibre de la bouche d'anastomose peut être due à une compression par le pôle supérieur de la tumeur.

Le radio-cinéma a objectivé aussi un reflux gastro-colique responsable des régurgitations accusées par les malades.

Enfin, chez tous les patients, nous avons constaté que le transit est très lent dans le néo-œsophage avec une certaine atonie du transplait qui se vide par gravitation sans contraction péri ou antépéristaltique, mais le passage est toujours bon et la plastie finit toujours par se vider dans l'estomac.

SUITES IMMÉDIATES
Complications post-opératoires

	Nombre de malades	Pourcentage
Mortalité post-opératoire	1 sur 32	4 %
Suites sans aucun incident	12 sur 32	37 %
Complications broncho-pulmonaires	10 sur 32	31 %
— Pneumothorax	7 sur 32	20 %
— Accident broncho-plégique	4 sur 32	12 %
Fistule salivaire	13 sur 32	40 %
Eventration	2 sur 32	6 %

Pour terminer, il faut signaler que la plupart de ces troubles s'espacent avec le temps et finissent même par disparaître complètement. Dans tous les cas, même dans ceux où le transit n'est pas excellent, nous avons noté une amélioration considérable de l'état général et une reprise nette de poids.

Par contre, nous n'avons jamais constaté l'existence d'ulcus peptique du côlon comme certains auteurs l'ont signalé. Même chez les sujets dont la plastie est en place depuis plus d'un an, cette complication n'a jamais été observée.

Les résultats fonctionnels ont été classés dans le tableau n° 5 en excellents, moyens et médiocres.

TABLEAU N° 5
Résultats fonctionnels de la plastie

Excellent résultat	18 sur 32 soit 57 %
Résultat moyen	11 sur 32 soit 35 %
Résultat médiocre	3 sur 32 soit 8 %

Principaux incidents rencontrés

Diminution du calibre de l'anastomose	4 sur 14	28 %
— Sténose	1 sur 14	7 %
— Compression extrinsèque	3 sur 14	21 %
	7 sur 14	50 %
Stase dans le transplant	3 sur 14	21 %

CONCLUSION

De l'étude des 53 observations de cancer de l'œsophage thoracique recueillies au Centre PAUL PAPIN d'ANGERS, nous avons retenu les points suivants :

1 - 21 malades (soit 40 %) n'ont pu être soumis qu'à un traitement palliatif en raison des contre-indications d'ordre général ou de l'existence de volumineuses métastases ganglionnaires cervicales. La gastrostomie, l'irradiation seules ou associées ont été avec la chimiothérapie les thérapeutiques utilisées.

2 - Dans 32 cas (soit 60 %), une thérapeutique à visée curatrice a pu, après étude des patients, être envisagée sauf exception, la tactique suivante a été adoptée :

- œsophagoplastie première qui permet de détecter les métastases à distance ,abdominales et cervicales, contre-indiquant une exérèse ;
- irradiation pré-opératoire de la lésion par cobalthérapie ;
- thoracotomie exploratrice suivie ou non d'œsophagectomie. Quand des contre-indications loco-régionales à l'ectomie sont découvertes, un traitement radiothérapique de surimpression est proposé.

Cette séquence des actes thérapeutiques a non seulement l'avantage, d'une faible mortalité, d'apporter un confort au patient, mais encore de permettre au point de vue carcinologique une meilleure sélection des malades, et ainsi d'éviter des thoracotomies inutiles.

3 - L'œsophagoplastie apparaît donc soit comme un épisode du traitement à visée curatrice, soit comme la meilleure thérapeutique palliative.

Le transplant utilisé a été, dans tous les cas, sauf un seul, le côlon gauche rétro-sternal parfois isopéristaltique, le plus souvent antépéristaltique. Sa longueur, son calibre et sa vascularisation se sont toujours montrés très satisfaisants.

- La mortalité a été faible (1 cas sur 32 plasties) .
- La fistulation de l'anastomose cervicale, principal incident post-opératoire a été fréquente (40 %), mais temporaire et s'est toujours tarie spontanément.
- Sur le plan fonctionnel, les résultats, qui se sont toujours améliorés avec le temps, ont été dans l'ensemble satisfaisants.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 : BAT.... Louis, 58 ans - 8-1-65.

- Dysphagie remontant à 18 mois - début brutal par brûlure - deux biopsies pratiquées alors concluent à une sténose inflammatoire. Une tentative de dilatation se révèle infructueuse. Malade hospitalisé dans le service du Pr LORTAT-JACOB pour une plastie - mais une nouvelle biopsie montre un épithélioma malpighien.
- Amaigrissement de 20 kg en 18 mois.
- Douleurs dorsales depuis 2 à 3 mois.
- A la radio : sténose complète mi-thoracique.
- Contre-indications à la chirurgie :
 - le très mauvais état général du sujet ;
 - l'existence d'un envahissement bronchique gauche ;
 - enfin les métastases osseuses (D 6 et D 9).
- Le traitement envisagé :
 - gastrostomie ;
 - cobalthérapie - 6 800 R en 56 jours - qui n'apporte aucune amélioration de la dysphagie.Décédé le 25-6-65.

OBSERVATION N° 2 : BU... Georges, 51 ans - 9-3-65.

- Dysphagie remontant à 6 mois environ. Depuis un mois environ s'y associent des vomissements survenant une demi-heure après les repas.
- Amaigrissement de 20 kg en 5 mois.
- A la radiographie : lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 12 cm.
- Contre-indications à la chirurgie :
 - très mauvais état général ;
 - métastases hépatiques et péritonéales.
- Traitement :
 - gastrostomie qui montre des métastases hépatiques et péritonéales ;
 - cobalthérapie - 6 700 R en 53 jours.Décédé le 13-7-65.

OBSERVATION N° 3 : TRO.... René, 44 ans - 9-4-65.

- Dysphagie depuis 3 semaines uniquement pour les solides.
- Amaigrissement de 6 kg en 2 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 5 cm.
- Cobalt pré-opératoire - 2 700 R en 19 jours.
- Œsophagectomie le 15-5-65 :
 - au niveau du dome, volumineuse adénopathie très adhérente à la trachée ;
 - dans les suites, encombrement très important nécessitant une trachéotomie.
- Radiothérapie en post-opératoire - 2 400 R.
Décédé le 31-8-65.

OBSERVATION N° 4 : DELP.... Amédée, 79 ans - 6-5-65.

- Dysphagie depuis 6 mois.
- Amaigrissement de 12 kg depuis 6 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique très étendue sur 12 cm.
- Contre-indications chirurgicales :
 - l'âge du sujet ;
 - le très mauvais état général ;
 - l'insuffisance respiratoire très nette.
- Traitement :
 - chimiothérapie ;
 - radiothérapie qui est refusée par le sujet qui quitte le service.
- Décédé le 2-11-65.

OBSERVATION N° 5 : BES..... Camille, 65 ans - 8-6-65.

- Dysphagie remontant à 5 mois.
- Amaigrissement de 15 kg en 5 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante de l'œsophage cervical comprimant la trachée et réduisant sa lumière considérablement.
- Contre-indications chirurgicales :
 - le mauvais état général ;
 - la localisation très haute de la lésion ;
 - la coexistence d'un ulcus bulbaire sténosant ;
 - les troubles respiratoires dus à la compression trachéale.
- Traitement :
 - radiothérapie seule - 7 200 R en 54 jours.
- Décédé le 10-2-66.

OBSERVATION N° 6 : AU.... Maurice, 71 ans - 10-8-65.

- Dysphagie remontant à 1 mois.
- Bonne conservation de l'état général : pas d'amaigrissement.
- A la radio : lésion du 1/3 moyen de l'œsophage.
- Décision : Radiothérapie pré-opératoire - 1 500 R en 10 jours.
- Œsophagectomie totale.
- Décédé le 5-1-67.

OBSERVATION N° 7 : DUB... Victor, 75 ans - 10-8-65.

- Dysphagie depuis 6 mois environ.
- Amaigrissement de 4 à 5 kg en 6 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante à l'union de 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de l'œsophage s'étendant sur 8 cm.
- Contre-indications à la chirurgie :
 - l'âge du sujet ;
 - l'état pulmonaire du sujet. En effet, les radios pulmonaires montrent des images suspectes au niveau des deux champs qui peuvent être interprétées comme des métastases pulmonaires ;
- Traitement :
 - cobalthérapie - 6 000 R en 59 jours.
 - Décédé le 22-3-66.

OBSERVATION N° 8 : GUI..... Etienne, 74 ans - 16-10-65.

- Dysphagie pour les solides depuis 15 jours.
- Pas d'amaigrissement.
- Hépatomégalie irrégulière faisant suspecter une métastase.
- A la radio : lésion bourgeonnante du 1/3 moyen étendue sur 8 cm.
- Contre-indications à la chirurgie :
 - l'âge du sujet ;
 - la possibilité de métastases hépatiques ;
 - l'état cardio-vasculaire du sujet (arythmie complète par fibrillation auriculaire).
- Traitement :
 - Radiothérapie - 6 500 R en 44 jours.
 - Décédé le 18-1-66.

OBSERVATION N° 9 : GO..... Marie-Louise, 56 ans - 13-11-65.

- Dysphagie progressivement croissante remontant à 6 mois.
- Amaigrissement de 8 kg en 6 mois.
- A la lésion : lésion bourgeonnante de 1/3 supérieur de l'œsophage s'étendant sur 6 cm.

- Contre-indications chirurgicales :
 - état broncho-pulmonaire de la malade : d'abord compression trachéale ayant entraîné un état asphyxique nécessitant une trachéotomie d'urgence ; ensuite des images suspectes des deux champs pulmonaires.
 - Traitement :
 - chimiothérapie seule du fait de l'envahissement pulmonaire.
- Decede le 2-3-66.

OBSERVATION N° 10 : DU.... Auguste, 67 ans - 10-12-65.

- Dysphagie remontant à 2 mois environ.
 - Pas d'amaigrissement.
 - A la radio : lésion bourgeonnante du 1/3 inférieur de l'œsophage s'étendant sur 6 cm.
 - Contre-indications chirurgicales :
 - l'état vasculaire du sujet qui a déjà fait une hémiplegie gauche.
 - Traitement :
 - radiothérapie - 6 500 R en 35 jours.
- Decede le 30-5-66.

OBSERVATION N° 11 : FE.... Albert, 48 ans - 4-1-66.

- Dysphagie remontant à 4 mois.
 - Amaigrissement très important 11 kg en 3 mois.
 - A la radio : lésion bourgeonnante très étendue (12 cm) du 1/3 moyen - 1/3 inférieur de l'œsophage.
 - Contre-indications chirurgicales :
 - le très mauvais état général ;
 - l'éthylisme chronique (délirium et coma à plusieurs reprises déjà).
 - Traitement :
 - gastrostomie ;
 - radiothérapie - 6 000 R en 43 jours.
- Decede le 9-5-66.

OBSERVATION N° 12 : LAM.... Henri - 23-12-65.

- Dysphagie remontant à plusieurs mois.
- Amaigrissement considérable : en 6 mois, perte de 20 kg.
- A la radio : volumineuse lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 12 cm.

- Contre-indications chirurgicales :
 - le très mauvais état général du sujet à qui seule une gastrostomie peut être pratiquée dans l'espoir d'une amélioration de son état qui permettrait alors d'envisager la radiothérapie.
- Décédé le 27-12-65.

OBSERVATION N° 13 : LEP.... Victor, 64 ans - 6-1-66.

- Dysphagie remontant à 1 mois.
 - Amaigrissement depuis 2 mois environ : 9 kg.
 - A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 8 cm environ.
 - Contre-indications chirurgicales :
 - l'altération particulièrement rapide de l'état général ;
 - une intervention pourra être envisagée si l'état s'améliore après la radiothérapie + gastrostomie.
 - Traitement :
 - radiothérapie - 5 800 R en 39 jours ;
 - gastrostomie.
 - Persistance de l'amaigrissement et de fièvre qui contre-indiquent tout acte chirurgical.
- Décédé le 5-6-66.

OBSERVATION N° 14 : CHA..... Agnès, 56 ans - 24-2-66.

- Dysphagie remontant à 2 mois.
 - Amaigrissement très important : 12 kg en 2 mois.
 - A la radio : lésion mid-thoracique étendue sur 7 cm.
 - Contre-indications à la plastie et à la thoracotomie exploratrice.
 - l'état cachectique de la malade ;
 - l'envahissement trachéo-bronchique entraînant un état d'insuffisance respiratoire très important.
 - Traitement :
 - Chimiothérapie :
 - Endoxan,
 - Dégranol.
- Décédé le 31-3-66.

OBSERVATION N° 15 : JOLI.... Julien, 69 ans - 21-3-66.

- Dysphagie remontant à 2 ans environ.
- Amaigrissement de 20 kg environ.
- A la radio : lésion mid-thoracique étendue sur 9 cm.

- Contre-indications chirurgicales :
 - tuberculose pulmonaire excavée ;
 - éthyisme chronique (le malade a déjà fait plusieurs déli-riums).
 - Traitement :
 - radiothérapie prudente en raison des lésions pulmonaires : le malade ne reçoit que 5 000 R en 34 jours.
- Décédé le 30-6-66.

OBSERVATION N° 16 : COG..... Roger, 57 ans - 3-7-66.

- Dysphagie basse depuis 3 mois.
- Amaigrissement de 20 kg en 3 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 6 cm environ.
- Le malade fait le 7-7-66 une phlébite et décède brusquement le 12-7-66 d'une embolie pulmonaire probable.

OBSERVATION N° 17 : FE.... Jacques, 45 ans - 6-7-66.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
 - Amaigrissement de 11 kg depuis un mois et demi.
 - A la radio : lésion bourgeonnante de 8 cm de long sur le 1/3 inférieur de l'œsophage thoracique.
 - Contre-indications chirurgicales :
 - antécédents vasculaires : le malade a fait une hémiplegie ;
 - ascite d'origine carcinomateuse ;
 - hépatomégalie.
 - Traitement :
 - radiothérapie - 6 200 R en 54 jours.
 - Amélioration de la dysphagie - reprise de 2 kg - mais apparition de douleurs dorsales dues à une métastase vertébrale.
- Décédé le 31-12-66.

OBSERVATION N° 18 : RICH..... Paul, 75 ans - 9-9-66.

- Dysphagie remontant à 1 mois environ.
- Pas d'amaigrissement.
- A la radio : lésion bourgeonnante de 6 à 7 cm du 1/3 moyen de l'œsophage.
- Contre-indications chirurgicales :
 - l'âge du sujet ;
 - surtout l'état vasculaire (a déjà fait des accidents vasculaires cérébraux ayant entraîné des troubles de la mémoire).

- Traitement :
 - radiothérapie - 3 300 R en 40 jours ;
 - gastrostomie nécessaire car accentuation de la dysphagie.
- Décédé le 15-11-66.

OBSERVATION N° 19 : LET.... Joachim, 70 ans - 20-9-66.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
 - Amaigrissement de 12 kg en 2 mois.
 - A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 8 cm.
 - Contre-indications chirurgicales :
 - l'âge du sujet ;
 - le très mauvais état général ;
 - la présence de métastases ganglionnaires cervicales.
 - Traitement :
 - radiothérapie - 7 400 R en 47 jours.
 - Amélioration de la dysphagie. Le malade peut s'alimenter normalement.
- Décédé le 13-12-66.

OBSERVATION N° 20 : CHA.... François, 59 ans - 17-11-66.

- Dysphagie haute remontant à 2 mois.
 - Amaigrissement important de 12 kg en 2 mois.
 - A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique de 6 cm.
 - Contre-indications chirurgicales (plastie et ectomie) :
 - l'état cachectique du sujet ;
 - l'éthylisme très important du sujet qui a fait déjà 2 déliriums).
 - Traitement :
 - radiothérapie - 7 700 R en 50 jours.
 - chimiothérapie ;
 - gastrostomie car la dysphagie n'est pas améliorée par la radiothérapie.
- Décédé le 21-7-67.

OBSERVATION N° 21 : BOIS.... François, 62 ans - 17-11-66.

- Dysphagie depuis deux mois.
- Amaigrissement important 12 kg en 2 mois.
- A la radio : lésion mid-thoraciques mesurant 7 cm.
- Contre-indications chirurgicales :
 - le très mauvais état général du sujet ;
 - l'éthylisme chronique du sujet.

- Traitement :
 - radiothérapie - 5 500 R en 39 jours.
- Dans les suites de la radiothérapie, décompensation de la cirrhose et décès le 16-1-67.

OBSERVATION N° 22 : DRE.... Edmond, 62 ans - 14-12-66.

- Dysphagie remontant à 1 mois.
- Amaigrissement de 6 kg en 1 mois.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 6 cm.
- Contre-indications chirurgicales :
 - tuberculose pulmonaire excavée BK +.
- Traitement :
 - chimiothérapie seule ;
 - la cobalthérapie n'est pas faite du fait de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION N° 23 : SOY.... Maxime, 60 ans - 17-3-65.

- Dysphagie remontant à 4 mois.
- Amaigrissement peu important (2 kg en 1 mois).
- A la radio : image lacunaire 1/3 moyen œsophage dans la région inter-azygo-aortique étendue sur 6 cm environ.
- Traitement reçu :
 - œsophagectomie (Thoreck) le 20-4-65 :
 - la pièce montre un carcinome épidermoïde ulcéré sans essaimage ganglionnaire ;
 - suites favorables : petit trouble pulmonaire du à épanchement ;
 - radiothérapie post-opératoire - 4 500 R - assez mal supportée : amaigrissement de 7 kg en 2 mois ;
 - plastie : le 16-10-65
 - suites simples - reprise alimentation orale au 20^e jour.
 - actuellement 21-9-67 : a repris 7 kg. Bon état général. Présente une sensation de blocage intermittent au niveau de l'anastomose supérieure. Le radio-cinéma confirme cette impression en mettant en évidence une sténose incomplète mais nette de la bouche d'anastomose.

OBSERVATION N° 24 : OUI.... Gaston, 67 ans - 16-9-65.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
- Perte de poids depuis 2 ans, 7 kg environ.
- A la radio : image lacunaire du 1/3 moyen de l'œsophage s'étendant sur 7 cm environ.

- œsophagoplastie : 30-11-65 ;
 - métastases latéro-aortiques et cœliaques ;
 - petit pneumothorax dans les suites et accident bronchopulmonaire important ;
 - éventration.
 - cobalthérapie post-opératoire - a reçu 6 500 R
 - fonctionnellement, bon résultat de la plastie - seule de temps en temps, petite sensation de blocage pour les bronches un peu grosses.
- Décédé le 22-12-66.

OBSERVATION N° 25 : HA.... Denise, 64 ans.

- Dysphagie assez peu marquée depuis quelques semaines ;
 - Toux très importante qui seule motive la consultation depuis quelques mois.
 - Amaigrissement peu notable.
 - A la radio : lésion végétante du 1/3 moyen de l'œsophage s'étendant sur 9 cm environ.
 - Traitement :
 - cobalthérapie pré-opératoire - 6 500 R en 41 jours ;
 - plastie pré-sternale (6-12-65) avec iléo-cæcum
 - présence de petits ganglions cœliaques mais aucune contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice n'est relevée ;
 - suites immédiates très favorables ;
 - thoracotomie exploratrice : le 14-2-66
 - exérèse se révèle impossible du fait des adhérences à l'aorte et aux bronches souches ;
 - dans les suites :
 - épanchement pleural gauche ;
 - phlébite du M.I.D.
- Décédé le 19-2-66.

OBSERVATION N° 26 : LOM..... Eugène, 57 ans - 27-10-65.

- Dysphagie depuis plusieurs mois.
- Amaigrissement : 8 à 10 kg en 6 mois environ.
- A la radio : image lacunaire du 1/3 moyen (localisation rétro-pédiculaire et rétro-aortique) s'étendant sur 7 cm.
- Traitement :
 - Cobalt - 5 700 R en 38 jours.

- œsophagoplastie le 21-12-65 :
 - localement, pas de contre-indication à la thoracotomie exploratrice ;
 - suites simples - fistule salivaire - reprise de l'alimentation orale au 30^e jour ;
- thoracotomie exploratrice le 8-3-66 :
 - tumeur très adhérente au pédicule pulmonaire et à la crosse. Le caractère tardif de l'intervention par rapport à la fin de l'irradiation a entraîné des réactions plastiques rendant très difficile la libération ;
 - Le malade décède brusquement le 3^e jour.

OBSERVATION N° 27 : RO.... Paul, 58 ans - 19-10-65.

- Dysphagie datant de 2 mois.
 - Pas d'amaigrissement.
 - Paralysie récurrentielle.
 - A la radio : sténose au 1/3 moyen étendue sur 10 cm avec légère dilatation sus-stricturale.
 - Traitement :
 - Cobalt - 6 300 R en 43 jours
 - nette amélioration de la dysphagie mais amaigrissement durant le traitement radiothérapique, de 5 kg ;
 - œsophagoplastie :
 - localement la découverte d'adénopathie cœliaque, latéro-aortique et cervicale contre-indique la thoracotomie explorative ;
 - dans les suites :
 - petit pneumothorax ;
 - pas de fistule salivaire ;
 - reprise de l'alimentation orale au 15^e jour ;
 - perméabilité de la plastie assez satisfaisante.
- Décédé le 26-4-66

OBSERVATION N° 28 : PIL.... Raoul, 69 ans - 22-2-66.

- Dysphagie remontant à plusieurs mois, très nette depuis 1 mois.
- Amaigrissement de 4 kg en 1 mois.
- œsophagoplastie le 3-2-66.
 - pas de contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice ;
 - dans les suites : importante crise d'asthme ;
 - reprise de l'alimentation orale au 11^e jour ;

- cobalthérapie du 23-2 au 22-3 - 4 500 R ;
- œsophagectomie le 21-4-66 ;
 - suites simples ;
- bon état général, mais il existe des troubles digestifs qui sont probablement dus au fait que la pyloroplastie n'a pas été pratiquée au cours de l'œsophagoplastie.

OBSERVATION N° 29 : LAU..... Jean, 43 ans.

- Dysphagie remontant à 4 mois.
- Amaigrissement peu notable.
- A la radio : lésion bourgeonnante : 1/3 supérieur, 1/3 moyen de 6 cm environ.
- Traitement :
 - œsophagoplastie le 4-2-66 :
 - lors de l'intervention, découverte de métastases cœliaques contre-indiquant la thoracotomie exploratrice ;
 - suites simples :
 - dysphonie depuis l'intervention ;
 - irradiation - 6 500 R du 2-3 au 19-4.
- Actuellement, va très bien - pas de trouble du transit - petite régurgitation quand il est couché.
- Le malade a eu 2 cures de chimiothérapie avec 5 F.U. et Dégranol.
- Depuis, il a repris une activité professionnelle normale.

OBSERVATION N° 30 : VA..... Jacques, 50 ans - 7-7-65.

- Dysphagie depuis 5 mois.
 - Amaigrissement peu important 3 kg en 3 mois.
 - Douleurs dorsales et pré-thoraciques.
 - La radio montre une lésion bourgeonnante du 1/3 moyen étendue sur une hauteur de 7 cm.
 - Irradiation du 9/7 au 24/8 durant laquelle le malade a reçu 6 000 R.
 - œsophagoplastie rétrosternale :
 - présence de volumineux ganglions cervicaux et énorme métastase cœliaque ;
 - dans les suites pnemothorax et pleurésie droite.
- Décédé le 27-4-66.

OBSERVATION N° 31 : LEU.... Edouard, 60 ans.

- Dysphagie évoluant depuis 3 mois.
- Amaigrissement très important 13 kg en 3 mois.
- A la radio : lésion sténosant inter-azygo-aortique étendue sur 8 cm.

- œsophagoplastie :
 - dans les suites : fistule salivaire.
 - pas de contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice ;
 - irradiation du 17-3 au 9-5 - a reçu 6 300 R ;
 - peu après, reprise de l'alimentation orale, nouvelle fistule obligeant à refaire une gastrostomie qui montre une importante ascite contre-indiquant la thoracotomie ;
 - le résultat fonctionnel de la plastie est bon mais de temps en temps, la fistulette s'ouvre à nouveau et coule pendant un à deux jours.
- Décédé le 21-11-66.

OBSERVATION N° 32 : GUI.... Raoul.

- Dysphagie datant de 4 mois.
 - Amaigrissement de 8 kg en 2 mois.
 - A la radio : volumineuse lésion bourgeonnante du 1/3 moyen et inférieur de l'œsophage étendu sur 12,5 cm.
 - œsophagoplastie le 19-3 :
 - présence d'adénopathies cervicale et cœliaques contre-indiquant l'ectomie ;
 - suites simples : apparition d'une fistule au 14^e jour s'asséchant en dix jours.
 - Bon résultat fonctionnel de la plastie - le contrôle sans amplificateur de brillance montre une réplétion rapide de l'estomac, un anti-péristaltisme et l'absence de reflux.
 - Six mois après apparition de métastases cervicales.
- Décédé le 5-10-66.

OBSERVATION N° 33 : FONT..... Eugène, 58 ans - 5-4-66.

- Dysphagie depuis 2 mois.
- Amaigrissement très important 10 kg en 2 mois.
- A la radio : volumineuse lésion bourgeonnante du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur sur 10 cm.
- Œsophagoplastie le 28-4-66.
 - pas de ganglions donc thoracotomie est prévue ;
 - suites très simples : fistule apparue au 15^e jour se fermant en une semaine.
- Radiothérapie - 4 500 R en 26 jours.

- Thoracotomie exploratrice : l'ectomie est réalisée : 16-7-66 :
 - suites immédiates simples : petit pneumothorax ;
 - brusquement, début août, pleurésie bilatérale.
- Décédé le 19-8-66 : le décès semble dû à une nécrose ayant entraîné un lâchage des sutures.

OBSERVATION N° 34 : HAZ..... Denise, 66 ans.

- Dysphagie remontant à 2 mois.
- Amaigrissement de 7 kg en 2 mois.
- Légères douleurs dorsales.
- A la radio : lésion bourgeonnante du 1/3 moyen s'étendant sur une hauteur de 6 cm.
- Œsophagoplastie : 4-10-66 :
 - pas de contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice ;
 - suites très simples, reprise de l'alimentation orale au 14^e jour.
- Radiothérapie : en 50 jours - 6 500 R - car découverte 3 semaines après la plastie d'un nodule sous-cutané qui s'est révélé être une métastase pseudo-lystique d'un carcinome épidermoïde.
- La présence de cette métastase contre-indique toute chirurgie ultérieure et la radiothérapie est poursuivie jusqu'à une dose de 6 500 R.
- Fonctionnellement, bon résultat de la plastie avec malgré tout petits troubles : sensation de boule sur le côté droit du cou avec gargouillement.
- Cure de chimiothérapie - 5 F. U. - Dégranol.
- 6 mois après la plastie, apparition de métastases vertébrales entraînant une paraplégie spasmodique et de métastases pulmonaires.
- Décédé le 19-2-67.

OBSERVATION N° 35 : DES... Georges, 60 ans.

- Les premières manifestations sont des douleurs au passage des aliments.
- Dysphagie remontant à 2 mois, mais très rapidement croissante.
- Amaigrissement de 3 kg en 1 mois.
- A la radio : image lacunaire très étendue occupant toute la portion mid-thoracique de l'œsophage, seul le 1/3 supérieur serait intact.
- Œsophagoplastie le 23-5-66 :
 - découverte d'adénopathie cervicale et de métastases coéliquies ;
 - suites très simples - reprise de l'alimentation orale au 15^e jour ;

- par contre, poussées fébriles importantes d'origine néoplasique probable.
- Radiothérapie - reçoit 4 800 R en 45 jours :
 - bon résultat fonctionnel de la plastie mais la jonction avec l'estomac est lente à atteindre.
- Décès le 27-8-66.

OBSERVATION N° 36 : POIT.... Robert, 58 ans.

- Dysphagie paradoxale d'apparition récente : 10 jours.
- Amaigrissement très rapide : 6 kg en 1 mois.
- A la radio : sténose complète à la partie moyenne de l'œsophage avec grosse dilatation sus-stricturale.
- Œsophagoplastie :
 - métastases cœliaques et adénopathies cervicales contre-indiquent tout acte chirurgical ultérieur ;
 - suites simples :
 - petit pneumothorax ;
 - fistule salivaire apparaissant au 8^e jour s'oblitérant en 1 mois.
- Bon résultat fonctionnel de la plastie.
- Décédé le 26-12-66.

OBSERVATION N° 37 : LEMA.... Paul, 68 ans - 9-5-66.

- Brûlure œsophagienne il y a 10 ans.
- Dysphagie intermittente depuis 1 an s'étant fortement accentuée depuis 1 mois.
- Amaigrissement de 5 kg en 1 mois.
- A la radio : à l'unin 1/3 supérieur 1/3 moyen de l'œsophage sténose très serrée ayant l'aspect d'une virole circulaire.
- Œsophagoplastie le 25-6-66 :
 - pas de métastases donc la thoracotomie exploratrice peut être envisagée ;
 - suites simples :
 - petit pneumothorax.
- Radiothérapie :
 - le malade reçoit en 32 jours 4 500 R ;
 - durant son refus de la thoracotomie, la radiothérapie est poursuivie jusqu'à 6 500 R.
- Résultat fonctionnel assez mauvais :
 - existence de troubles de la déglutition très marqués pour les liquides par contre les solides passent bien ;

- poche cervicale due à une compression de la bouche d'anastomose supérieure par le pôle supérieur de la lésion ;
 - le malade subit en outre deux cures de chimiothérapie. La deuxième ayant été interrompue du fait de la tendance leucopénique de la formule.
- Décédé le 27-5-67.

OBSERVATION N° 38 : BA.... Henry - 17-6-66.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
 - Amaigrissement très net depuis 2 mois (7 kg).
 - A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 7 cm environ.
 - Œsophagoplastie le 5-7-66 :
 - pas de contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice ;
 - suites simples :
 - petit pneumothorax ;
 - fistule cervicale 7 jours après l'intervention - écoulement assez important ;
 - reprise alimentation orale au 40^e jour.
 - Radiothérapie - 3 900 R - en pré-opératoire - en 30 jours.
 - Brusquement fin septembre le malade quitte le service et refuse la thoracotomie.
 - Résultat fonctionnel excellent.
 - Cure de chimiothérapie.
 - En avril 67, la scintigraphie hépatique montre une lacune entre le foie droit et gauche.
- Décédé le 29-12-67.

OBSERVATION N° 39 : BE..... Bernard, 53 ans.

- Dysphagie depuis 5 mois.
- Amaigrissement 5 kg en 2 mois.
- Douleurs précordiales intermittentes.
- A la radio : premier examen en avril montre une lésion discrète. Le deuxième en août montre un accroissement considérable avec une lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 10 cm.
- Œsophagoplastie le 30-8-66.
 - adénopathie cervicale droite ;
 - adénopathie de la chaîne coronaire stomachique et du tronc coeliaque contre-indiquant tout acte chirurgical ultérieur ;

- dans les suites :
 - important pneumothorax nécessitant une exsufflation à l'appareil de Kuss.
- Résultat fonctionnel parfait.
- Un mois après la plastie, apparition de douleurs cervicales et thoraciques - mise en évidence radiologiquement d'une métastase osseuse au niveau de la 7^e côte droite.
- Cure de chimiothérapie.
Décédé le 13-10-66.

OBSERVATION N° 40 : CHAR.... Auguste, 53 ans.

- Episode dysphagique brutal remontant à 2 mois.
- Amaigrissement de 2 kg.
- A la radio : lésion lacunaire du 1/3 moyen étendue sur 7 cm.
- Œsophagoplastie le 4-2-67 :
 - grosse adénopathie cœliaque ;
 - suites très simples :
 - fistule apparue au 6^e jour se tarissant en 5 semaines.
- Radiothérapie - 6 000 R en 43 jours ;
- Résultat fonctionnel bon - pas de trouble.
- Refuse la chimiothérapie et rentre chez lui.

OBSERVATION N° 41 : BEN..... Georges, 66 ans.

- Apparition simultanée, il y a 2 mois, d'une dysphagie élective pour les solides et de hoquet qui dura 15 jours.
- Amaigrissement de 6 à 8 kg en 2 mois.
- Radiothérapie - 4 500 R en 40 jours - entraînant une reprise de l'alimentation orale.
- Œsophagoplastie le 14-2-67 :
 - pas de contre-indication opératoire à la thoracotomie exploratrice ;
 - suites immédiates très simples mais fébriles ;
 - décès subit 13 jours après l'intervention due probablement à une nécrose du transplant.

OBSERVATION N° 42 : COTTE.... Henry, 74 ans - 6-11-66.

- Dysphagie haute remontant à 5 semaines.
- Pas d'amaigrissement notable.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique étendue sur 8 cm.

- Radiothérapie - 6 200 R en 40 jours.
- Œsophagoplastie le 18-2-67 :
 - pas de contre-indication locale à la thoracotomie exploratrice ;
 - dans les suites, complication broncho-pulmonaire - éviscération à l'ablation des fils le 26-2 ;
 - reprise de l'alimentation orale au 15^e jour.
- L'ectomie n'est pas envisagée étant donné l'âge et l'état broncho-pulmonaire du sujet.
- Résultat fonctionnel de la plastie excellent .

OBSERVATION N° 43 : MAR.... Marie, 64 ans.

- Dysphagie depuis 2 mois.
- Amaigrissement de 7 à 8 kg en 2 mois.
- Douleurs dorsales.
- A la radio : image lacunaire mid-thoracique s'étendant sur 7 cm avec dilatation sus-stricturale.
- Radiothérapie : en 30 jours reçoit 4 500 R.
- Œsophagoplastie le 25-2-66 :
 - volumineuses adénopathies coélique ;
 - suites simples - apparition d'une fistule au 9^e jour et se fermant en 3 semaines ;
- Radiothérapie en surimpression :
 - reçoit 1 855 R en 10 jours DT = 6 355 R.
- Bon résultat fonctionnel de la plastie mais régurgitation de glaires entre les repas :
 - découverte d'un nodule sous cutané se révélant être une métastase.
- A reçu en outre 2 cures de chimiothérapie.
- Actuellement va bien.

OBSERVATION N° 44 : LERO.... Gatien, 56 ans - 6-1-65.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
- Amaigrissement de 4 à 5 kg.
- Radiothérapie seule car le malade refuse une intervention chirurgicale - il reçoit 7 000 R en 45 jours - Disparition complète de la dysphagie - le malade est perdu de vue pendant 18 mois.
- Il revient dans le service pour hémoptysie faisant suspecter une métastase pulmonaire.
- La bronchoscopie montre un envahissement trachéal responsable des hémoptysies.

- La plastie est envisagée à titre palliatif pour éviter les inconvénients d'une gastrostomie et surtout d'une fistule trachéo-œsopagienne.
- Œsophagoplastie le 28-2-67 :
 - volumineuse adénopathie cœliaque ;
 - dans les suites, fistule cervicale qui se ferme en 35 jours.
- Résultat fonctionnel :
 - assez médiocre. Impression de blocage au niveau de l'anastomose cervicale due à une compression par le pôle supérieur de la tumeur.
- Décédé le 23-9-67.

OBSERVATION N° 45 : CRE.... Ernest, 62 ans.

- 1^{er} symptôme : douleur pré-thoracique remontant à 6 mois ;
- Dysphagie relativement récente mais accroissement très rapide.
- Œsophagoplastie le 4-3-67.
 - Pas de métastases donc thoracotomie exploratrice à envisager.
 - Contrairement à l'habitude le côlon est placé en situation pré-gastrique.
 - dans les suites : atélectasie du poumon gauche importante nécessitant une broncho-aspiration avec kinésithérapie :
 - petite fistule apparue au 6^e jour se fermant en 3 semaines.
- Cobalthérapie :
 - doit recevoir 4 500 R en pré-opératoire ;
 - la thoracotomie indiquée lors du temps abdominal de la plastie est refusée devant les complications post-opératoires (atélectasie massive) et les résultats peu encourageants des épreuves fonctionnelles respiratoires.
- La radiothérapie est donc poursuivie jusqu'à 6 500 R.
- Résultat fonctionnel de la plastie moyen :
 - régurgitation avec parfois sensation d'arrêt au niveau du cou - les troubles sont intermittents et essentiellement marqués pour les liquides ;
 - par contre, reprise de poids : 5 kg et bon état général.

OBSERVATION N° 46 : GU.... Théodore, 52 ans - 23-3-67.

- Dysphagie remontant à 2 mois.
- Amaigrissement peu important : 3 kg.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique mesurant 7 cm environ.
- Œsophagoplastie :
 - pas d'adénopathie - donc pas de contre-indication à la thoracotomie exploratrice ;

- suites opératoire favorables - petit épanchement de la base gauche - pas de fistule salivaire - reprise de l'alimentation orale au 18^e jour.
- Radiothérapie - 4 000 R en pré-opératoire.
- Lors des examens pré-opératoires en vue de la thoracotomie, la bronchoscopie montre un envahissement de la bronche souche gauche contre indiquant l'intervention. Il est à noter que la bronchoscopie qui avait précédé l'œsophagoplastie s'était révélée strictement normale.
- La radiothérapie est poursuivie jusqu'à 6 000 R.
- Résultat fonctionnel de la plastie assez bon : pas de troubles, mais le transit est très lent au niveau de l'anastomose inférieur comme le montre le radio-cinéma.
- Décédé le 28-7-67 à la suite de nombreuses hémoptysies.

OBSERVATION N° 47 : BES.... Alphonse, 59 ans.

- Dysphagie remontant à 6 mois.
- Amaigrissement de 5 à 6 kg.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 7 à 8 cm.
- Œsophagoplastie le 21-4-67 :
 - volumineuse adénopathie cœliaque ;
 - le côlon gauche est monté en pré-gastrique ;
 - petite fistule salivaire au 8^e jour qui se tarit en 3 semaines.
- Radiothérapie : 6 500 R en 43 jours.
- Chimiothérapie : bien supportée.
- Résultat fonctionnel :
 - les premières semaines, régurgitation importante tous les 1/4 d'heure. A l'amplificateur de brillance, découverte d'une poche où s'accumule la baryte au niveau de l'anastomose inférieure ;
 - en 2 mois, les régurgitations disparaissent et le transit est parfait.

OBSERVATION N° 48 : LEM.... Georges, 57 ans - 8-12-66

- Dysphagie remontant à 10 mois - une œsophagoscopie et un transit faits à cette époque avaient conclu à une sténose inflammatoire.
- Pas d'amaigrissement.
- A la radio : sténose mid-thoracique étendue sur 6 à 7 cm.
- Œsophagoplastie le 22-4-67 :

- pas de contre-indication à la thoracotomie ;
- suites simples : petite fistule cervicale qui se bouche en 15 jours.
- Radiothérapie : le malade a reçu 4 000 R en 26 jours.
- Ectomie le 18-7-67 :
 - suites : fébriles qui sont dues à une paraplébite et lymphangite.
- Bon fonctionnement de la plastie mais le malade présente 2 mois après l'ectomie des vomissements après chaque repas.
- Un traitement médical (Xylocaïne visqueuse, Prantool, Pimpéran) fait disparaître les vomissements et le malade est en bon état général.

OBSERVATION N° 49 : BOU..... François, 51 ans.

- Dysphagie remontant à 10 mois.
- Amaigrissement de 11 kg en 6 mois.
- A la radio : lésion mid-thoracique de 7 cm environ.
- Œsophagoplastie le 9-5-67 :
 - volumineuse adénopathie cœliaque ;
 - suites simples : reprise alimentation orale au 17^e jour.
- Radiothérapie : elle est contre-indiquée devant l'état pulmonaire du malade qui a fait une tuberculose pulmonaire excavée en 1960.
- Seule la chimiothérapie est proposée.
- Résultat fonctionnel assez bon :
 - seul existe un reflux gastro-colique qui se manifeste cliniquement par quelques régurgitations qui se produisent de moins en moins souvent.

OBSERVATION N° 50 : A..... Jean-Baptiste, 59 ans - 20-4-67.

- Dysphagie remontant à 3 mois.
- Brûlures œsophagiennes.
- Amaigrissement peu important de 2 kg.
- A la radio : volumineuse lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 11 cm.
- Œsophagoplastie le 15-7-67 :
 - volumineuse adénopathies cœliaque ;
 - suites normales : petit fistule se bouchant en 35 jours.
- Radiothérapie : ne reçoit que 3 600 R en 17 jours car le traitement est très mal supporté :
 - découverte d'une métastase vertébrale.

- Résultat fonctionnel très bon : pas de trouble et l'examen à l'amplificateur montre un bon passage.

Décédé le 1-8-67.

OBSERVATION N° 51 : AU.... François, 57 ans.

- Dysphagie remontant à 2 mois.
- Amaigrissement de 3 kg.
- A la radio : lésion bourgeonnante mid-thoracique s'étendant sur 6 cm environ.
- Œsophagoplastie le 14-6-67 :
 - adénopathie cœliaque ;
 - suites simples : pas de fistule salivaire cervicale mais petit trajet fistuleux en arrière fait retarder la prise de l'alimentation par la bouche pendant 1 mois.
- Radiothérapie : ne reçoit que 3 000 R car elle est très mal supportée - l'amaigrissement de 6 kg et tendance à la leucopénie.
- Chimiothérapie : beaucoup mieux supportée.
- Résultat fonctionnel excellent et le passage est parfait.

OBSERVATION N° 52 : ME..... Francis, 63 ans - 13-7-67.

- Dysphagie remontant à 1 an.
- Amaigrissement peu important : 3,5 kg.
- Adénopathie rétro-claviculaire droite contre-indiquant la thoracotomie.
- A la radio : lésion bourgeonnante du 1/3 moyen de l'œsophage s'étendant sur 6 cm.
- Œsophagoplastie le 4-7-67 :
 - métastases hépatiques et adénopathie cœliaque ;
 - suites opératoires très simples : reprise de l'alimentation orale au 15^e jour.
- Le traitement radiothérapique n'est pas envisagé devant l'existence de métastases hépatique, cœliaque et cervicale.
- Poly-chimiothérapie :
 - 5 F U
 - Dégranol ;
 - Natulan ;
 - Purinéthol.
- Résultat fonctionnel excellent : transit parfait.

OBSERVATION N° 53 : CHO..... Joseph, 63 ans.

- Dysphagie progressive depuis 1 mois environ.
- Amaigrissement peu important non chiffré.
- A la radio : lésion végétante du 1/3 inférieur de l'œsophage s'étendant sur 7 cm.
- Scintigraphie hépatique montre petite encoche au niveau du bord inférieur du foie.
- La laparoscopie confirme les métastases hépatiques.
- Œsophagoplastie le 7-11-67 :
 - métastases hépatiques multiples ;
 - énorme adénopathie cœliaque.
- Plastie avec côlon gauche iso-péristaltique pédiculisé sur l'artère colique supérieure gauche.
- Suites très simples : reprise de l'alimentation orale au 14^e jour.
- Bon fonctionnement de la plastie.

BIBLIOGRAPHIE

1 - **BALHIVET M.**

Chirurgie radicale du cancer de l'œsophage thoracique.
Thèse Lyon 1939 - Revue de Cir., janvier 1944.

2 - **BARONOVSKY I. D.**

Interposition du côlon pour le remplacement de l'œsophage cancéreux combinée à la radiothérapie.
California médical mars 1964, 100, 156-159.

3 - **BATTERSBY J. S.**

Œsophageal replacement by use of the right colon.
Ann. Chir. Congr. Amer., Collège of Surgeons, octobre 1953, 279.

4 - **BREHANT J.**

Œsophagoplastie à l'aide du côlon droit.
Mém. Acad. Chir. 1952, 78, 279.

5 - **BUSCHKE.**

Résultats chirurgicaux et radiothérapiques dans le traitement du cancer de l'œsophage.
American Journ. of Roentgenology 1954, 71, 9.

6 - **CABANIE H.**

Iléo-colo-œsophagoplastie - Techniques - Indications.
Mémoire déposé à l'Académie de Médecine en 1953.

7 - **CABANIE H.**

Œsophagoplastie et cancer de l'œsophage ; plastie avec le côlon droit et l'iléon.
Thèse Bordeaux, mars 1951.

8 - **DELIGNY M.**

Traitement chirurgical des cancers des tiers supérieur et moyen de l'œsophage thoracique.
Thèse Paris, 1965, n° 562, 110 pages.

- 9 - **DOR J.**
Utilisation de l'œsophagoplastie antéthoracique avec l'iléo-côlon dans le traitement du cancer de l'œsophage.
Marseille chir. 1961, XIII, 5, 349-362.
- 10 - **DOR J., HUMBERT P., FIGARELLA.**
Traitement du cancer de l'œsophage haut situé par œsophagectomie et iléocoloplastie.
Mém. Acad. Chir. 4 juillet 1962, 658-652.
- 11 - **DOR J., HUMBERT P., FIGARELLA.**
Traitement du cancer situé de l'œsophage avec œsophagectomie et iléocoloplastie.
Ann. de Chir. février 1963, 17, 171-177.
- 12 - **DOR J. et coll.**
Un an de chirurgie œsophagienne - Indications thérapeutiques.
Arch. Malad. App. dig. avril 1964, 53, n° 4, 458.
- 13 - **DOR J. et coll.**
Œsophagoplastie avec l'iléo-cœcum.
Ann. de Chir. Thoracique et Cardio-Vasculaire, juillet 1964, 18, n° 13-14, 787.
- 14 - **DOR J., HUMBERT P., DOR V., NOIRCLERC M. et ARGENSON C.**
Les résultats du traitement chirurgical en deux temps du cancer de l'œsophage haut situé (œsophagectomie et œsophagoplastie préthoracique).
Arch. Mal. App. dig. nov. 1965, 54, n° 11, 1164.
- 15 - **DUFOUR R., RIGAUD A., CABANIE H., VILLEMIN F.**
Facteurs anatomiques conditionnant l'iléo-colo-œsophagoplastie.
Bordeaux Chir. 1951, 2, 49.
- 16 - **DUFOUR R.**
Résultats fonctionnels de l'iléo-colo-œsophagoplastie préthoracique.
Soc. de Chir. de Bordeaux, 12 déc. 1951.
- 17 - **DUFOUR R.**
A propos du résultat fonctionnel des œsophagoplasties pré-thoraciques.
Bordeaux Chir. 1951, 3, 107.
- 18 - **DUFOUR R., LAFARGUE, CABANIE H.**
Apropos d'un cas d'iléo-cœco-œsophagoplastie.
Soc. de Chir. de Bordeaux, 18 janvier 1951.
- 19 - **DUFOUR R., LAFARGUE P., CABANIE H.**
Amputation de l'œsophage thoracique après œsophagoplastie pour cancer.
Pres. Méd. 1952, 60, 61.
- 20 - **ELLIS F. H., JACKSON, KRUEGER, MOERSCH, CLAGETT, GAGE.**
Carcinoma of the œsophagus.
New-England Journ. of Méd. 1959, 260, 351.

21 - **ETALA E.**

Tactique chirurgicale dans le cancer de l'œsophage.
Preusa Méd. argent. 29 décembre 1961, 48, n° 52, 3270-3274.

22 - **FEKETE F., LORTAT-JACOB J.-L.**

Traitement actuel du cancer de l'œsophage.
Ann. de Chir. juin 1962, 16, 977-983.

23 - **FRANKLIN.**

Cancer de l'œsophage. Revue de 129 cas traités.
British Journ. of Surgery, mars 1964, 51, 178-183.

24 - **GARLOCK J. H.**

Surgical treatment of the carcinoma of the œsophagus.
Annals of Surgery 1954, 39, 19.

25 - **GAVRILIU.**

Nouvelles idées dans la chirurgie du cancer de la partie moyenne de l'œsophage.
Khirurguia (Moscou) 1959, n° 11, 19-23.

26 - **GAVRILIU et KON A.**

Méthodes de reconstruction opératoire après exérèse de l'œsophage pour cancer.
Khirurguia (Moscou) mars 1964, n° 3, 80-83.
Ann. de chir. février 1965, 19, 3-4, 219-224.

27 - **GORDON.**

By-pass for malignant obstruction of the œsophagus.
Annals of Surgery, jul. 1963, 158, 47-50.

28 - **GOLTSMANN.**

10 casi di esofagoplastica prétoracica.
Rev. Chir. de Sao-Paulo, 1948, 14.

29 - **GREGORY.**

Indications for œsophagectomy and esophagoplasty.
Geriatrics. janv. 1963, 18, 73-81.

30 - **GRIMES O.-F.**

Replacements of esophagus.
Ann. Journ. of Surgery 1960, 100, 278.

31 - **GROVE W.**

Surgery of the esophagus.
The Surgical clinics of North-America, Fels 1961, 41, 3-13.

32 - **GUEULETTE R.**

Technique d'œsophagoplastie de Yudin.
Mém. Acad. Chir. 21 janv. 1948.

- 33 - **GUGLIELMINI G., BUBBIO C.**
Sur l'œsophagoplastie.
Lyon Chir. 1961, 57, V, 736.
- 34 - **GUILLEMIN G., DUBOIS S. et MICHEL A.**
Endoprothèse plastique pour néoplasme de l'œsophage. Résultat de 9 mois.
Lyon Chir. Spet 1962, 58, n°5, 766-768.
- 35 - **HEGEMANN G. et SCHANDIG H.**
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage.
Langenbecks Arch. Klin. Chir. (Rapports du Congrès), 1965, 313, 350-354.
- 36 - **HEIMLICH H. J.**
Reconstruction of the Esophagus.
Journ. Médic. Soc. New-ersey, Feb. 1963, 60, 65-67.
- 37 - **HEINZMANN.**
On the problem of plastic substitution of the esophagus after high resection.
Wiener Klein. Wochenschrift, 17 mai 1963, 75, 385-387.
- 38 - **HOUDARD Cl., LARRIEREN H., BISMUTH H.**
Traitement des cancers du tiers moyen de l'œsophage par œsophagectomie totale et iléocoloplastie.
Mém. Acad. Chir. 3 mai 1962, 88, 14-15, 473-483.
- 39 - **HUMBERT P., DOR J.**
Le temps cervical dans les œsophagoplasties préthoraciques avec l'iléo-côlon droit.
Ann. de Chir. 1960, 14, 391-405.
- 40 - **JENTZER A.**
Cancer de la bouche œsophagienne ; ectomie de l'œsophage cervical y compris le larynx. Iléo-colo-pharyngoplastie pré-thoracique en un temps.
Journ. de Chir. 1955, 71, 2, 105.
- 41 - **JOUANNEAU P.**
Deux cas de mort subite après œsophagoplastie rétrosternale avec le côlon.
Mém. Acad. Chir. 1952, 78, 191.
- 42 - **KASANSKY B.**
Traitement chirurgical du cancer de la partie thoracique de l'œsophage.
Bull. Soc. internat. Chir. août 1957, 16, n° 4, 348-357.
- 43 - **KASANSKY W. I.**
Le traitement chirurgical du cancer du segment thoracique de l'œsophage.
Khirurgia (Moscou), 1958, n° 1, 33-35.
- 44 - **KNOTHE W.**
Früh et später. Gebuisse du Resektionstherapie beim Osophagus Karzinom.
Thorax-Chirurgie septembre 1963, 11, 51.

- 45 - **KUNKEL W. M. et UNKEL P. A.**
Résection du cancer de l'œsophage médio-thoracique. Anastomose primaire.
J. Thor. Surg. juil. 1958, 36, n° 1, 49-52.
- 46 - **LAFARGUE P., DUFOUR R., CABANIE H., CHAVANNAZ J.**
Œsophagoplastie préthoracique.
Mém. Acad. Chir. 11 avril 1951, 362.
- 47 - **LAFARGUE P., DUFOUR R., CABANIE H.**
Indications de l'œsophagoplastie préthoracique dans le cancer œsophagien.
Sem. des Hôp. de Paris 1951, 46, 1980.
- 48 - **LAFARGUE P., DUFOUR R., CABANIE H., CHAVANNAZ J.**
Prévention des fistules salivaires après œsophagoplastie préthoracique. Technique inédite d'anastomose cervicale.
Mém. Acad. Chir. 1952, 78, 602.
- 49 - **LAZAR F.**
Esophagoplasty préthoracique.
Journ. of International College of Surgeons, march-avril 1951.
- 50 - **LEBSCHÉ M., SCHOPP R.**
Carcinoma der antethorahalen. Speiseröhre.
Thoraxchirurgie 1957, 58, 430.
- 51 - **LEMAIRE M.**
Œsophagoplastie sans rapport cutané.
Thèse Paris 1950.
- 52 - **LEMOINE J. M., FAUVET J., ROSE Y., BRULE G., CHAVY A.**
La fréquence des extensions des cancers œsophagiens à la trachée et aux bronches.
Arch. Ann. Mal. App. Dig. juillet 1962, 51, 890-894.
- 53 - **LINDER, HECKER.**
Œsophagus ersatz durch côlon.
Der Chirurg. jan. 1962, 33, n° 1, 18-23.
- 54 - **LOGAN.**
The Surgical treatment of the esophagus carcinoma.
Journal of Thoracic Card. Vasc. Surgery Aug. 1963, 46, 150-161.
- 55 - **LORTAT-JACOB J. L.**
Chirurgie de l'œsophage.
Flammarion Edit. Paris 1951.
- 56 - **LORTAT-JACOB J. L.**
Voie d'abord de l'œsophage thoracique (pour examen).
Presse Méd. 1949, 33, 453.

- 57 - **LORTAT-JACOB J.-L.**
Résultats du traitement chirurgical du cancer de l'œsophage.
Mém. Acad. Chir. 1957, 83, 348.
- 58 - **LORTAT-JACOB J.-L., RICHARD C., MAILLARD J.-N.**
Œsophagoplastie par dédoublement gastrique : procédé de Gavriliu.
Mém. Acad. Chir. mars 1960, 86, 356-361.
- 59 - **LORTAT-JACOB J.-L., BACLESSE.**
Indications thérapeutiques du cancer de l'œsophage.
Presse Méd. 7 avril 1962, 70, n° 17, 823.
- 60 - **MAC MANUS J.-E. et coll.**
Carcinoma of œsophagus.
Surgery 1956, 40, 510.
- 61 - **MAGERANT J.-S.**
A propos des œsophagoplasties préthoraciques avec le côlon droit.
Mém. Acad. Chir. 1951, 77, 560.
- 62 - **MAILLARD J.-N.**
Les cancers de l'œsophage.
Rev. du Praticien 1^{er} avril 1960, 1033-1044.
- 63 - **MAILLARD J.-N.**
Œsophagoplastie par tubulisation de la grande courbure gastrique : technique de Gavriliu.
Poumon et cœur juin 1960, 16, n° 6, 531.
- 64 - **MATHEY J., SAUVAGE R.**
Œsophagectomie par voie transpleurale droite.
Mém. Acad. Chir. 7 avril 1943.
- 65 - **MIALARET.**
Œsophagoplasties préthoraciques.
Mém. Acad. Chir. 1952, 78, 617.
- 66 - **NAKAYAMA K.**
Die preoperative Strahlenbehandlung des œsophagus Krebses und ihre theoretische.
Der Chirurg. janv. 1962, 33, n° 1, 14.
- 67 - **NAKAYAMA K., HIROTA.**
Expérience d'environ 3 000 cas de cancers de l'œsophage.
Australia and New-Zealand. Journal of Surgery, Feb. 1962, 31, 222-30.
- 68 - **NAKAYAMA K.**
Survie après 10 ans de cancers du tiers supérieur et du tiers moyen de l'œsophage.
Jap. Journ. Thoracic Surgery. Janvier 1964, 17, 2-13.

69 - **NEVILLE W. E., CLOWERS G. H.**

Reconstruction of the exophagus with segment of the côlon.
Journ. Thor. Surgery 1958, 35, né 2.

70 - **OLIVIER Cl., FAUREL J.**

Csophagoplastie préthoracique par le procédé de Yudin.
Mém. Acad. Chir. 1949, 75, 676.

71 - **ONG.**

Surgical treatment of exophageal carcinoma.
British Journ. of Surgery janv. 1964, 51, né 1, 53-68.

72 - **ORSONI P., TOUPET A.**

Côlon descendant et transverse pour csophagoplastie préthoracique.
Presse Médicale 1950, 804.

73 - **ORSONI P., LEMAIRE M.**

Technique des csophagoplasties par le côlon transverse et descendant.
Journ. de Chir. juin-juillet 1951, 67, 491.

74 - **PARKER, GREGORY, HUGHES.**

Carcinoma of the esophagus.
Annals of Surgery 1958, 147, 854.

75 - **PATTERSON H. H., ROBINS S. G.**

Substitution of right côlon for esophagus.
Annals of Surgery 1958, 147, 854.

76 - **PETROV B. A.**

Radical operation for carcinoma of the middle third of the esophagus.
Act. Chir. Scandinavia 1957, 112, 145.

77 - **PETROV B. A.**

L'œsophage artificiel dans les rétrécissements csophagiens.
Mém. Acad. Chir. 1962, 839.

78 - **PETROV B. A.**

Csophagoplastie rétrosternale avec le côlon. A propos de 100 observations.
Surgery 1964, 55, 520-523.

79 - **POILLEUX C., FRILEUX Cl.**

Deux csophagoplasties palliatives préthoraciques pour cancer de l'œsophage.
Presse Méd. 1950, 58, 1147.

80 - **PRIMO G.**

L'utilisation des transplants intestinaux en chirurgie csophagienne, gastrique et colique.

Rapport au XIV^e Congrès de l'Association Belge de Chirurgie. Acta chirurgica Belgica 1960, suppl. 1-73.

- 81 - **REDON H.**
Faut-il opérer un cancer de l'œsophage ?
Vie Méd. mai 1962, 43, 625.
- 82 - **RESANO J. H.**
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage dans son segment juxta-hilaire.
Presse Méd. 1951, 59, 1200.
- 83 - **REYNOLDS J. T., VERNON L., GUYNN.**
Experience with the use the lifit côlon of replace the esophagus (retroster-nale).
Amer. Journ. of Surgery 1961, 101, n° 1, 39-43.
- 84 - **ROITH O.**
Die Eintzeitige antethorakale CEsophagoplastik ans den Dickdarm.
Dents. Zeitschrift 1923, 24, 183-419.
- 85 - **ROBERTSON R., SARJEANT T. R.**
Reconstruction of the esophagus.
Journ. of Thor. Surgery 1950, 20, 689-705.
- 86 - **RUDLER J.-C.**
28 œsophagoplasties pré-thoraciques avec le côlon.
Rev. de Chir. septembre 1951.
- 87 - **RUDLER J.-C.**
Indications de l'œsophagoplastie pré-thoracique dans le cancer œsophagien.
Sem. Hôp. Paris 1951. 27. 2512.
- 88 - **RUDLER J.-C., MONOD-BASCA O.**
Un cas d'œsophagoplastie palliative rétrosternale avec l'iléo-côlon droit.
Mém. Acad. Chir. 1951, 77, 747-749.
- 89 - **RUDLER J.-C., LAFARGUE P.**
Cesophagoplasties avec le tube digestif.
Rapport au 55^e Congrès de Chirurgie. Paris 1953.
- 90 - **RUDLER J.-C.**
Traitement chirurgical des cancers de la partie moyenne et supérieure de l'œsophage-thoracique.
Actual. Hépatogastro-entéro de l'Hôtel-Dieu Paris 1957, 175.
- 91 - **SANTY P., BALLIVET M., LATARJET M.**
Cesophagectomie par voie droite.
Lyon Chir. 1944.
- 92 - **SANTY P., MOUCHET A.**
Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage thoracique.
Rapport au Congrès de Chirurgie Paris 1947.

93 - **SANTY P., MICHAUD.**

Position actuelle et possibilités de la chirurgie du cancer de l'œsophage thoracique. Conclusions à propos de plus de 300 cas en 3 ans.
Arch. Mal. App. Dig. 1951, 40, 932.

94 - **SARIBIER E. C., CHAPUIS, TERMET H.**

Plastie œsophagienne rétrosternale avec le côlon droit.
Lyon Chir. sept. 1962, 58, 741-743.

95 - **SCANLON E.-F., MORTON C.-J., WALKER, WATSON W.-L.**

The case against segmental resection for esophageal carcinoma.
Surgery Gynecology. Obstetric 1955, 101, 290-293.

96 - **S. HERMAN C.-D., MAHONEY E.-B. et coll.**

Intrathoracic transplantation of the right côlon for esophageal reconstruction.
Cancer 1958, 8, 1198.

97 - **SWEET R. H.**

Reconstruction of esophagus.
Journ. of Thoracic Surgery 1950, 20, 689-701.

98 - **SWEET R. H.**

Late results of surgical treatment of carcinoma of the esophagus.
Journ. of Amer. Med. Association 1954, 155, 422.

99 - **TANNER N.-L.**

Use of the côlon in esophageal by-pass or reconstruction (two cases).
Proceeding of Royal soc. of Medicine Jul. 1963, 56, 17.

100 - **THORECK Ph.**

The first successful resection of the thoracic portion of esophagus for carcinoma.
Surgery Gynecology Obstetric 1913, 16, 614.

101 - **VULLIET H.**

Nouvelle méthode d'œsophagoplastie.
Sem. Méd. 1911, 31, 529.

102 - **WATSON W.-L., CLIFTON E.**

Total esophagoplasty using right côlon.
Cancer 1957, 10, 487-496.

103 - **YUDIN S.-S.**

The modern methods of reconstructive operations of the strictured esophagus.
Khirourguia (Moscou) 1954, 1, 95-107.

Imprimerie R. MONNIER - Château-Gontier (Mayenne)

